

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF L-22,
Manaus/AM**

Yosvany Moreno Medina

Pelotas, 2015

Yosvany Moreno Medina

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na USF L-22,
Manaus/AM**

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.

Orientadora: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Pelotas, 2015

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

M491m Medina, Yosvany Moreno

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF L-22,
Manaus/AM / Yosvany Moreno Medina; Ingrid D'avilla Freire Pereira,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Pereira, Ingrid D'avilla Freire,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família pelo apoio, conselhos, compressão, ajuda nos momentos difíceis. Pela ajuda com os recursos necessários para conseguir me graduar. Agradeço por tudo o que consegui como pessoa, meus valores, princípios, caráter, empenho, perseverança e minha coragem para conseguir os objetivos.

Agradecimentos

Agradeço ao Brasil, por me permitir ser parte deste projeto.

Aos professores da UFPEL, pelos conhecimentos outorgados.

Aos profissionais da equipe L-22, por me permitir desenvolver este trabalho.

Resumo

MEDINA, Yosvany Moreno. **Melhora da atenção à saúde da pessoa idosa na USF L-22, Manaus, AM.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O mundo está envelhecendo gradativamente de modo que em breve os idosos serão maioria. Como reação a esse fato inquestionável e irreversível, é comum observar certa preocupação dos governos em assumir políticas mais favoráveis à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas, em especial no âmbito de seus sistemas de saúde. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde da Pessoa Idosa. Foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde de Família L-22, no Município de Manaus, estado do Amazonas. Participaram da intervenção 141 pessoas idosas cadastradas, pertencentes à área de abrangência da equipe de saúde. O cadastro foi realizado por todos os profissionais da equipe de saúde, na USF e na visita domiciliar com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços da unidade e de garantir a qualidade da atenção à saúde da população. Como material de referência foi utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa de 2010 do Ministério da Saúde. Para a realização da intervenção reorganizou-se o processo de trabalho na unidade, definindo objetivos e metas. Para obter os dados primários e avaliar seus resultados foi utilizada a planilha de coletas de dados disponibilizada pela UFPEL, diários de intervenção e registros fotográficos. Os resultados da intervenção indicam incremento da cobertura assistencial às pessoas idosas, conseguindo ampliar a cobertura para 83,9 %. Também destaca-se a melhoria na qualidade da assistência, em especial com a implantação da avaliação multidimensional rápida e do exame clínico apropriado em 100 % das consultas. Foi possível realizar a solicitação de exames complementares periódicos para 100 % dos idosos hipertensos e diabéticos atendidos. Além disso, 82,3 % dos Idosos atendidos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Todos os idosos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, porém, a primeira consulta odontológica programática foi realizada apenas para 10,6 % dos idosos cadastrados, uma vez que a USF não oferece este serviço. Foram realizadas orientações e atividades de promoção da saúde para 100 % dos idosos e familiares, o que inclui orientação nutricional para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular, cuidados de saúde bucal. As reflexões durante a intervenção puderam contribuir para a elaboração de novas estratégias no acompanhamento de saúde da pessoa idosa no município. Existem inúmeros desafios trazidos pelo envelhecimento da população brasileira, principalmente, na promoção da saúde e da formação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia, para oferecer assistência multiprofissional e especializada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional. Esperamos que este projeto tenha contribuído para a superação destes desafios em âmbito local.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Unidade de Saúde da Família L-22	14
Figura 2	Reunião de capacitação da equipe L-22	50
Figura 3	Ação social na igreja “Maria Gorete”.	51
Figura 4	Palestra sobre saúde bucal e higiene das próteses.	51
Figura 5	IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.	52
Figura 6	Material disponibilizado IV Conferência Municipal.	52
Figura 7	Grupo de caminhada orientado pelo reabilitador físico do NASF.	53
Figura 8	Roda de conversa com o grupo de HIPERDIA.	54
Figura 9	Reunião da equipe L-22 com a apoiadora distrital.	54
Figura 10	Visita domiciliar a pessoa idosa com problemas de locomoção.	55
Figura 11	Pesquisa de câncer do colo uterino e de mama na mulher idosa.	56
Figura 12	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	60
Figura 13	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	64
Figura 14	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	65
Figura 15	Atendimento clínico a pessoa idosa na visita domiciliar.	67
Figura 16	Visita domiciliar a pessoa idosa da equipe L-22	68
Figura 17	Visita domiciliar a idoso com problemas de locomoção.	69
Figura 18	Triagem de usuária idosa com HAS pela técnica de enfermagem.	70
Figura 19	Pessoa idosa com HAS rastreada para DM.	71
Figura 20	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	72
Figura 21	Preenchimento e atualização da caderneta da pessoa idosa.	75
Figura 22	Grupo orientado pelo reabilitador físico do NASF.	79
Figura 23	IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.	80
Figura 24	Material disponibilizado na IV Conferência Municipal.	81
Figura 25	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DISA	Distrito Sanitário
DST	Doença sexualmente transmissível
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FCECON	Fundação Centro de Controle de Oncologia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus do Papiloma Humano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
HIPERDIA	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
USF	Unidade de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMTU	Superintendência Municipal de Transportes Urbanos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCD	Planilha de Coleta de Dados
VD	Visita Domiciliar
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

UNASUS Universidade Aberta do SUS
SUS 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.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências.....	92
Anexos.....	93

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas, sua finalização ocorreu no mês de julho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde de Família L-22, no município de Manaus, estado Amazonas.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na unidade 1 do curso é desenvolvida a análise situacional. A análise estratégica é apresentada através de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. O relatório de intervenção desenvolvido ao longo de 12 semanas foi apresentado na unidade 3. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, confeccionados na unidade 4. A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem foi a quinta parte do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, será apresentada a bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho, o ao final os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

1 Análise Situacional

Na análise situacional fiz uma contextualização sobre a estrutura e o processo de trabalho na USF L-22. A partir destas informações contextualizo os leitores sobre os desafios da Unidade e a necessidade de construção de um projeto de intervenção para a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Manaus, cidade encravada em pleno coração da Amazônia, capital do estado, com população total de 1.982.179 habitantes.

A equipe L-22 atua na zona leste do município, pertencente ao DISA Leste. A USF é uma unidade de saúde com estrutura comprometida. Composta por 1 ESF que atende zona urbana.

A equipe L-22, está integrada por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde.

Dentre as ações que a equipe realiza encontram-se as consultas agendadas e atenção a demanda espontânea, realiza-se atenção à pré-natal, saúde da criança e adolescente, doenças crônicas não transmissível, saúde da mulher, saúde do homens, visitas domiciliares realizadas 2 vezes por semana, priorizando grupos de maior vulnerabilidade, são realizadas palestras educativas

a grupos específicos como idosos, usuários portadores de doenças crônicas, grávidas, adolescentes, tanto em consulta como nas visitas domiciliares.

A equipe tem potencial para trabalhar com qualidade a medicina familiar, e se está planejando tudo para que assim aconteça, este é um processo que precisa de tempo, permanência, estabilidade da equipe, superação constante de todos os profissionais, assim como comprometimento e entrega. Isso é o que se quer conseguir com o trabalho diário, tema abordado nas reuniões que são de trocas, orientação e planejamento.

A equipe está planejando ações para conseguir melhor atendimento, avaliar e levar ações de promoção e prevenção de saúde a maioria da população, mudar os indicadores negativos de saúde do município.

A USF possui farmácia, que nem sempre tem os medicamentos que precisasse para usuários com doença crônica, carece de recursos para procedimentos clínicos simples, não existe ESB para oferecer atenção odontológica a nossa população. Entre outras carências temos também a falta de preparação suficiente dos ACS, muitas vezes não tem material necessário para seu trabalho. Por isso, essa é um de nossos grandes desafios, sua preparação e sua formação técnica. A USF possui apoio do Distrito de Saúde.

Mas em meio das adversidades a equipe tem a fortaleza de estar completa, de ter integrantes comprometidos, com vontade de fazer mudanças e conseguir a diferença no trabalho. Esse vai ser nosso empenho, que acredito será alcançado com este projeto pedagógico, muito completo e de fácil entendimento pelo leitor. O projeto pedagógico utiliza uma linguagem concisa e precisa para explicar tudo. Acho que a formação das equipes com capacidade técnica é o mais importante para poder fazer medicina de família.

Esta formação tem que ter como objetivo a capacitação contínua e efetiva para conseguir um bom planejamento das ações, encaminhadas com o fim de oferecer serviço de excelência ao povo.

Este projeto tem muito claro que a prática é o denominador comum para alcançar os objetivos esperados. Muito importante para conseguir tudo é abrir os horizontes para todas as mudanças que pretendesse fazer, com certeza o objetivo é melhorar a atenção a saúde pública. Organizar os serviços não é muito difícil, isto pode ser feito com o apoio da população, ou seja, com a participação social. Fazer como trabalho final do curso um projeto de intervenção é ótimo,

fazer análise situacional do trabalho da equipe é muito aconselhável. Vai-se ter a ideia de como estão as coisas até hoje e que tem que ser feito no futuro. Além disso, vai permitir identificar os problemas da área de saúde e fazer um plano de ação para consegui resolvê-los.

Após a intervenção a equipe ficara preparada para enfrentar nova batalha, que é reorganizar o trabalho e incorporar na rotina diária todo o aprendido. Estou surpreendido com o curso de especialização. Quero fazer realidade meu sonho no Brasil que é fazer medicina de família. Gosto muito das conquistas obtidas quando o trabalho é feito com amor e dedicação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas e saúde da população, e o nosso objetivo com este trabalho é identificar necessidades sociais em saúde e determinar prioridades de ação para enfrentar o identificado com o estudo.

O Estado do Amazonas tem uma população aproximada de três milhões de habitantes, concentrando-se a maior parte na capital do estado. Manaus, segundo o último Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta com aproximadamente dois milhões de habitantes (IBGE, 2010).

Na cidade de Manaus a cobertura de saúde distribui-se da seguinte maneira, Distrito Leste com 492.729 habitantes, Distrito Norte com 551.149 habitantes, Distrito Oeste com 442.107 habitantes, Distrito Sul com 483.156 habitantes e o Distrito Rural.

Em Manaus existe um total de 238 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 146 como Estratégia Saúde da Família (ESF), 81 USF como ESF c/ Saúde Bucal (SB), 05 ESF transitórias, 03 ESF Ribeirinhas c/SB, 01 ESF Fluviais e 02 ESF Fluviais c/SB. 03 USF com disponibilidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) localizadas na zona leste. Tem 04 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), onde é feito acompanhamento a usuários de drogas, um deles está destinado para fazer atendimentos para as crianças e adolescentes; além disso,

tem um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 05 USF ampliada onde são realizadas a maior parte dos atendimentos da cidade.

Existe a “Carreta da Mulher”, com 04 unidades destinadas para fazer atendimento especializados para as mulheres, são feitas mamografias, exames citopatológicos, tem a disponibilidade de dispositivos intrauterinos (DIU) para o controle da fecundidade, existem 09 unidades de suporte avançado e 03 unidades móveis de odontologia que oferecem atendimento nos diferentes cantos da cidade. Além disso, na cidade possui 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao alcance da população, com o objetivo de oferecer maior diversidade de procedimentos, e desta maneira aumentar o acesso aos níveis secundários de atenção. Existem 09 laboratórios clínicos equipados aonde são realizados os exames solicitados na Estratégia da Saúde da Família e em outros níveis de atenção à saúde.

Na prática clínica tem ficado evidente que esses laboratórios são insuficientes para satisfazer a demanda na população de Manaus, isso pode apreciar-se na demora na marcação dos exames, por falta e vagas, e na demora para obtenção dos resultados dos mesmos.

Existe um Centro Especializado em Reabilitação bem equipado para fazer fisioterapia aos usuários com incapacidade e outras doenças que precisem de estes tratamentos, 14 Hospitais do Governo de Amazonas: entre os mais reconhecidos por sua complexidade temos o Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto, a Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON), a Fundação Universidade do Amazonas, o Hospital Infantil Doutor Fajardo, o Hospital Getúlio Vargas, o Instituto de Saúde da Criança do Amazonas, a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, sendo este último um Hospital de Referência Nacional em Doenças Tropicais.

O município de Manaus também tem 03 unidades de suporte avançado fluvial, que através de barcos leva saúde para as comunidades mais isoladas, com uma equipe integrada por médico, dentista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, técnicos de laboratórios e de enfermagem.

A USF (L-22) encontra-se localizada na zona leste do município de Manaus, Distrito Sanitário de Saúde Leste (DISA). A equipe de saúde da família que atende uma zona urbana é integrada por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem e 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não temos NASF e

nem equipe de saúde bucal. A unidade de saúde está construída há 14 anos, é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), não tem vínculos com instituições de ensino.



Figura 1. Unidade de Saúde da Família L-22

A USF L-22 é muito pequena em extensão, por isso não se consegue um bom fluxo dos usuários. Tem um consultório e uma sala de espera com capacidade para 12 pessoas. Nesta mesma sala ficam as técnicas de enfermagem, as quais fazem o preparo dos usuários, vacinas e curativos. Tem uma sala única para farmácia, armazenamento de medicamentos, cozinha e para o computador; além disso, nesta mesma sala ficam as Agentes Comunitárias de Saúde. Tem um banheiro coletivo para usuários e funcionários da equipe. A USF não está de acordo com o estabelecido no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: do Ministério da Saúde/Brasil, em aspectos relacionados com a estrutura física (BRASIL, 2009; 2014).

Tudo isto afeta a qualidade do atendimento em grande medida. Em relação às Barreiras Arquitetônicas, a acessibilidade à USF para pessoas idosas e portadoras de deficiência física é inadequada. Tem degraus dificultando o acesso à unidade, não tem rampa para facilitar a acessibilidade com as cadeiras de rodas, não tem corredores adequados. Acredito que as portas da unidade não garantem o acesso adequado para os cadeirantes, e tudo isto constituem algumas das dificuldades existentes (BRASIL, 2009).

Quanto às atribuições dos profissionais, acredito que seja um dos grandes desafios na Atenção Básica, o primordial é ser capaz de criar um projeto comum para todos os integrantes da equipe. A ausência de responsabilidade por alguns membros é uma fragilidade que dificulta o trabalho, a falta de preparação é outra coisa que acontece com muita frequência. Nosso objetivo é tentar organizar o trabalho, e é o que fazemos dia a dia. Depois de cinco meses temos resultados, porém, ainda, são insuficientes. Nas reuniões planejadas semanalmente se faz discussão dos problemas identificados. É o momento de tirar dúvidas, transmitir informações, com o objetivo de proporcionar uma atenção integral a nossa população (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar é um dos pilares fundamentais na Atenção Básica, o trabalho na comunidade é a atribuição primordial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo a Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. A equipe está realizando ações em conjunto, realizamos visitas para as famílias com maiores riscos, acamados, idosos com problema de locomoção, grávidas que não comparecem nas consultas, puérperas, recém-nascidos, entre outros grupos específicos. Com prioridade para aqueles mais necessitados. Em nossas ações estamos procurando também lideranças nas comunidades, o que ainda falta para conseguir maior interação com a população. Além do que, procuramos a intersectorialidade, aspecto de vital importância na medicina familiar. O primordial para um bom funcionamento é conhecer a área de abrangência, e ter a dimensão real da população. Isso vai permitir identificar os problemas e a situação de risco da comunidade, elaborar planos e programar ações para enfrentar a situação existente na área.

O Distrito Sanitário de Saúde fiz redistribuição da população total da área de abrangência de nossa unidade, ficando com 3.775 habitantes aproximadamente. O resto da população ficara no vazio assistencial e será atendida como fora da área. Segundo o censo populacional realizado na USF no 2013, os usuários adscritos estão distribuídos da seguinte maneira, do sexo masculino temos 1.647, e do sexo feminino 2.128; segundo faixa etária: de 0-4 anos com 232 representando 5% do total, de 5-14 anos com 864 cerca de 23%, 15-59 anos com 2.601 representando 68%, de 60 anos e mais 158 representando 4%. O tamanho da área adscrita depois da reestruturação é adequado. As micro áreas ficaram aproximadamente com 540 habitantes.

O acolhimento da demanda espontânea ocorre todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho, é feito pelo enfermeiro, técnica de enfermagem e médico. A equipe tem planejado quem deve fazer o acolhimento para conseguir uma escuta inicial adequada, que seja realizada pelo pessoal qualificado, com capacitação, que saiba avaliar riscos, vulnerabilidade, e possa definir com quem, e em que momento deve ou pode acontecer sua avaliação, o que fazer de imediato; quando tem critério de encaminhamento médico, quando agendar uma consulta médica, entre outras ações em saúde.

O excesso da demanda espontânea ocorre nos dois turnos de trabalho, se dá para o atendimento médico. Porém, essa demanda se encaixa no dia e de não ser possível se distribui entre os diferentes dias da semana e é atendida adequadamente, nenhuma é voltada sem atendimento nem encaminhasse para outros centros médicos. Geralmente o enfermeiro não tem excesso de demanda espontânea.

A equipe realiza atendimento de puericultura (0 a 72 meses) nos dois turnos de trabalho, três vezes na semana. Se faz atendimento, também, às crianças que moram fora da área de cobertura. Após a consulta os usuários saem com a próxima consulta programada agendada, seguindo o padronizado pelo SUS. Também fazemos atendimento das crianças com problemas de saúde agudos. Por enquanto, não existe excesso desta demanda. O atendimento de puericultura é feito pelo médico e enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Na consulta de puericultura são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações só em campanha, pois encaminhamos as crianças para tomar vacina para a unidade de saúde de referência, Os atendimentos de puericultura são registrados no prontuário clínico, livro das ACS, e no registro da equipe.

Estes documentos são revisados a cada 15 dias pelo médico, enfermeiro e uma técnica de enfermagem, com o objetivo de verificar as crianças faltosas, atrasos de vacinas, completar e atualizar registros por micro área, avaliar a qualidade do programa.

Na USF existe o Programa “Bolsa Família”, sendo o enfermeiro o responsável pelo cadastro. Além de existir outros programas do Ministério de Saúde como “Suplementação de Ferro”, “Vitamina A” e “Leite de Meu Filho”. A equipe realiza na USF duas atividades coletivas mensais com um grupo de mães

que consideramos precisam aprender o manejo de seus filhos, conhecer mais sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê, como evitar perigos potenciais de acidentes no domicílio, na rua, entre outras orientações. Nas reuniões da equipe se avalia semanalmente o cadastro desta faixa etária. Ao não se ter o cadastro completo da área de abrangência, não se conhece com exatidão o número certo das crianças. Desde o início de nosso trabalho estamos organizando o acompanhamento das crianças. Podemos dizer temos resultados obtidos, porém não o que se deseja atingir.

Um dos objetivos é ensinar, educar, engajar a população, em especial as mães, para conseguir fazer um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a fim de prevenir as doenças e promover a saúde que é nosso principal objetivo na Atenção Básica. Ao preencher os Cadernos de Ações Programáticas fizemos uma revisão dos prontuários, já que os registros específicos estavam desatualizados. Conhecemos que temos um sub-registro desta faixa etária mais quando comparamos aos denominadores do Caderno de Ações Programáticas, onde expressa que devemos ter 101 menores de 1 ano e a equipe só tem controlado 63, ou seja 62.3 % de cobertura. Podemos avaliar que a equipe não tem um bom controle desta ação programática. A equipe utiliza o Caderno da Atenção Básica n.33 sobre Saúde da Criança, para acompanhar o crescimento e desenvolvimento desta faixa etária.

Em relação ao pré-natal, na unidade de saúde existe registro por micro áreas; que hoje se está trabalhando para atualizá-lo, pela importância que reveste esta ação programática. As consultas de pré-natal são compartilhadas entre o médico e o enfermeiro, são feitas três vezes na semana, não havendo dia específico. O atendimento ocorre por meio de agendamento, sendo que todas as gestantes atendidas já saem com a próxima consulta agendada, de forma que nenhuma perca o acompanhamento. Quando necessário, fazemos atendimento à demanda espontânea de gestantes em qualquer dia e turno da semana, mesmo para as grávidas de fora de área. Segundo as estimativas que aparecem no Caderno de Ações Programáticas (CAP) e depois de preencher os dados solicitados, acredito que a cobertura de atenção ao pré-natal em minha equipe não é boa, existe um sub-registro evidente que temos que resolver.

Quanto aos indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal posso dizer que eu comecei a trabalhar há 05 meses, e por enquanto existem grávidas que

não iniciaram o atendimento inicial com a equipe de saúde. Nós tentamos dia a dia melhorar a qualidade. Neste momento, temos consultas em dia em 71% das gestantes, a solicitação dos exames na primeira consulta chega a 95 %, prescrição e orientação quanto ao uso de sulfato ferroso em 100 %.

A avaliação de saúde bucal está atingindo 49 % das gestantes, e esta é minha grande preocupação desde que comecei a trabalhar nesta unidade. A comunidade não tem cobertura para odontologia, por enquanto encaminhamos as grávidas para a unidade de referência. Na orientação para o aleitamento materno exclusivo atingimos o valor de 100%; nas vacinas temos 49 gestantes com o esquema completo. Cabe ressaltar que, a vacina antitetânica esteve em falta em um determinado período.

Com o puerpério acontece fatos muito parecidos, a equipe não tem um registro certo com o número estimado dos partos nos últimos 12 meses. Só trabalhamos com 07 prontuários que estavam arquivados. Neste momento a equipe tem estabelecido um sistema de controle que garante a atenção à puérpera na primeira semana e até os 42 dias de pós parto. Confeccionaram-se os registros e se estão atualizando no dia a dia, utilizasse o Caderno de Atenção Básica n.32 de 2013 (primeira edição) sobre Atenção ao Pré natal de Baixo Risco.

Na Unidade de Saúde Familiar (USF) se realiza atividades de promoção de saúde orientando a todas as mulheres acompanhadas sobre o uso do preservativo na relação sexual para a proteção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS), especificamente do Papiloma Vírus Humano (HPV), por estar presente na quase totalidade dos casos do Câncer do Colo Uterino. Também realizamos as atividades educativas com a finalidade de ensinar a elas a importância da realização periódica do exame preventivo do Câncer do Colo Uterino.

A coleta é feita pelo médico e enfermeiro três vezes por semana, acontecendo no turno da manhã. No último ano foram atendidas 422 mulheres, nas quais se realizaram a coleta de exame citopatológico de colo de útero. Em nossa área de saúde deve ter registrada aproximadamente 1.016 mulheres compreendidas entre 25 a 64 anos, por enquanto as mulheres atendidas representam cerca de 41,5% tomando como referência os denominadores do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Na USF, tenta-se fazer um rastreamento organizado para a realização deste exame, o que ainda não se

consegue pois se desconhece o número real das mulheres com idade entre 25 e 64 anos. Muitas vezes se faz rastreamento oportuno, chegam mulheres solicitando o exame por vontade própria e são agendadas como atendimento à demanda espontânea.

Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico na USF são registrados no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Não existe um arquivo específico para o registro dos resultados, estes são anotados no mesmo livro de registro.

A equipe de saúde realiza atividades educativas com grupos de mulheres na USF, uma vez ao mês, onde participam as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a técnica de enfermagem, o enfermeiro, e o médico, com o objetivo de ensinar para elas a importância da realização deste exame em tempo para a detecção precoce, identificação de sinais de alerta que podem significar câncer, uso do preservativo, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), danos para a saúde advindos do fumo. Também é realizada a divulgação da importância da campanha contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) nas escolas, e a disseminação da necessidade dos exames e de sua periodicidade. Em relação ao Controle do Câncer da Mama acontece algo similar, a USF não tem registro para esta ação programática.

A equipe tem registradas 89 mulheres compreendidas entre 50 a 69 anos, destas tenho 6 com avaliação de risco feito, as 6 usuárias têm a mamografia em dia e tem acompanhamento por mastologista. Revisei os prontuários e o SIAB nestes últimos 04 meses de trabalho e a equipe tem 23 mulheres com mamografia solicitada. Acredito que os indicadores de qualidade destes dois programas não são bons, por enquanto. Temos que conseguir organizar o trabalho de forma rápida. Tem que haver conhecimento sobre a população real, por faixa etária, da área de abrangência, pois é esse o denominador comum para todas as ações de saúde que tem que ser feitas pela equipe, segundo o padronizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para conseguir estes propósitos a equipe já tem um livro para o registro o qual está sendo preenchido com o objetivo de estender a cobertura a todas as mulheres compreendidas nesta faixa etária. A equipe faz o uso do Caderno de Atenção Básica n.13 de 2013.

Faz-se atendimento de adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) todos os dias na semana, em todos os

turnos de trabalho; também o atendimento é feito para usuários fora da área de cobertura. O atendimento destes usuários é feito pelo enfermeiro e pelo médico, e depois de serem atendidos saem com a próxima consulta agendada. Existe excesso de demandas de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos, tanto para os da área de cobertura como para os fora da área.

A equipe lida com o excesso de demanda atendendo no mesmo dia, quase sempre excedendo a capacidade, outras vezes se agendam para outra data, dependendo da necessidade do atendimento. São desenvolvidas ações em relação ao cuidado dos adultos portadores de HAS e DM, faz-se imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. A equipe realiza atividades de grupos específicos para estas doenças, planejadas duas vezes ao mês, desenvolvidas na sala de espera da USF com uma participação de 50% do total dos usuários acompanhados.

Estas atividades são desenvolvidas pelo enfermeiro, médico, técnicas de enfermagem e ACS. Acredito os atendimentos carecem de qualidade. Por exemplo, quando se avalia o usuário, estratificando o risco cardiovascular, e este requer de exames específicos e/ou avaliação especializada é difícil a Inter consulta, muitas vezes impossível marcar no Sistema de Regulação (SISREG). Isto implica a perda de acompanhamento adequado e por tanto da qualidade da atenção. Para garantir uma melhor atenção a este grupo da população, se planeja desenvolver ações relacionadas com uma avaliação médica adequada, e um exame físico completo. Mas não contamos com um sistema organizado para os exames especializados e encaminhamentos para os especialistas, devido a isso a resolutividade na atenção não é boa, existindo insatisfação na população com os serviços oferecidos.

O tema da promoção à saúde e prevenção das doenças é o primeiro a ser desenvolvido pela importância que ele tem. Nosso objetivo é fazer o rastreamento na população adulta para ter a realidade de usuários identificados, e assim organizar os registros, planejar, avaliar e monitorar as ações do programa das doenças crônicas não transmissíveis. Não foi possível preencher todos os dados no Caderno de Ações Programáticas (CAP). Segundo as estimativas devem existir 851 usuários com HAS, em nossos registros só estão cadastrados, 392

representando 46% do estimado. Aos 142 hipertensos atendidos fez-se avaliação do risco cardiovascular representando 36% de cobertura, o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias não foi possível preencher; com exames complementares periódicos em dias temos só 21% dos usuários.

Com orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável temos coberta 68% da população cadastrada, isto acontece pelas atividades coletivas realizadas pela equipe. Não foi possível preencher os usuários com avaliação de saúde bucal em dia. Segundo as estimativas do CAP devem existir 243 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, em nossos registros só estão cadastrados 123 representando 51% do estimado.

Aos 62 pessoas diabéticas atendidos fez-se avaliação do risco cardiovascular representando 50% de cobertura, o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias não foi possível preencher, com exames complementares periódicos em dias temos só 22% dos usuários. Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida de sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses temos 45 pessoas, representando 37%. Com orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável temos coberta 42% da população cadastrada, isto acontece pelas atividades coletivas realizadas pela equipe. Não foi possível preencher o número de pessoas com avaliação de saúde bucal em dia. A equipe usa os Cadernos de Atenção Básica n.36 e 37 para fazer o acompanhamento destas ações programáticas.

Na USF realiza-se atendimento aos idosos dois dias na semana, acontecendo nos dois turnos de trabalho. Além disso, são atendidos também idosos residentes fora da área de cobertura. O atendimento de idosos é realizado pelo enfermeiro, médico, técnicas de enfermagens e agentes comunitárias de saúde (ACS) da equipe. Os atendimentos a grupos de idosos realizam-se na Unidade de Saúde de família (USF) e na comunidade, com o clube de idosos. Não existe excesso de demanda de idosos, eles são atendidos com prioridade, no mesmo dia, mesmo tendo excedido a capacidade do dia. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nem todos nossos idosos tem esta caderneta por falta dela no consultório médico.

Quando a caderneta de saúde está disponível, os profissionais preenchem na consulta as informações atuais, sendo responsáveis o enfermeiro e o médico. Realizam-se atividades de grupos de idosos na USF e na comunidade, com a participação de 70% dos idosos cadastrados. São realizadas uma vez por mês participando o médico, enfermeiro, técnicas de enfermagem e ACS da equipe. São orientadas atividades de promoção de saúde, como realizar atividades físicas adequadas para a idade, alimentação saudável, evitar consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, importância da saúde bucal, como evitar quedas, o uso de preservativo para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, sobre os fatores que aumentam o risco de depressão nessa idade, saúde dos olhos (ocular), higiene e distúrbios do sono, causas de perda de memória, quando procurar um médico diante sintomas suspeitos de dano cerebrovascular, entre outros.

Existe na USF um levantamento dos idosos que necessitam receber cuidado domiciliar sendo realizados os mesmos pelos profissionais da equipe. Não foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas (CAP) com todos os dados solicitados. A estimativa, segundo o CAP, é que a equipe deveria ter aproximadamente cadastradas 289 pessoas com mais de 60 anos, na realidade existem só 158 idosos cadastrados residentes em nossa área de abrangência, ou seja, 55 % de cobertura na atenção a esse grupo específico. Deles, 87 têm a caderneta do idoso, 44%, todos os controlados têm feitas avaliação multidimensional rápida. Cerca de 24% da população idosa cadastrada é hipertensa (47 idosos) e diabéticos só e 11 % (21 idosos), 44% tem avaliação de risco para morbimortalidade.

Todos os acompanhados foram orientados sobre os hábitos saudáveis, representando 44% da população cadastrada nesta faixa etária; assim como, orientados para a prática da atividade física regular. Não foi possível preencher os dados relacionados com a investigação de fragilização na velhice, já que não existe histórico desta avaliação. Além disso, não é possível na consulta dos idosos acompanhados, conseguir avaliar a capacidade funcional, diagnosticar limitações provenientes de patologias físicas, mentais e lesões (tanto agudas como crônicas) como se requer.

Não foi possível preencher os requisitos de avaliação sobre os idosos com avaliação de saúde bucal, pois não contamos com o serviço. Fazendo-se uma

análise crítica da atenção à saúde do idoso na USF, podemos dizer que o planejamento das ações não é adequado e completo. Não conseguimos desenvolver a atenção integral à saúde da pessoa idosa, esta dificuldade ainda existe. Apesar de realizar-se uma avaliação integral, a realidade para o atendimento neste município é bem complexa, já que não contamos com estratégias adequadas para garantir uma atenção continuada.

O alto índice da catarata senil e pterígio é um problema a enfrentar neste grupo, mas apesar de contarmos na USF com o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), o mesmo é demorado para a marcação da consulta com oftalmologista, que é o único autorizado para pedir a realização da acuidade visual, assim como outros testes necessários. Ressalto que, o envelhecimento é um novo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), e o objetivo é garantir qualidade de vida a esse grupo populacional; e de esta maneira ampliar a esperança de vida para todas as pessoas, à medida que envelhecem, incluindo aquelas portadoras de incapacidade e que precisam de assistência à saúde.

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

Na semana 2 da Unidade de Ambientação relatei o texto sobre “Qual a situação da ESF/APS em meu serviço”, ao fazer uma comparação com o Relatório da Análise Situacional, percebo que algumas coisas foram mudadas na unidade. Acredito que hoje a equipe está mais preparada para enfrentar a ESF no Brasil.

Através do curso de especialização foi obtido as informações certas e os conhecimentos básicos sobre o que pretende o SUS para levar esta estratégia adiante. Além de conseguir fazer reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem ao finalizar a intervenção.

Nossa equipe está planejando as ações de saúde específicas para desenvolver cada ação programática. Por enquanto, temos que dar acompanhamento oportuno e adequado, dia a dia, para ampliar a cobertura de

saúde para a totalidade da população da área de abrangência. Acredito que estar inserido neste curso de especialização constitui uma fortaleza para a equipe, o projeto comunitário vai nos permitir abranger nossa área de uma maneira integral. Faltam muitas coisas por melhorar, disso temos certeza, porém o principal é que os problemas estão identificados, e é só usar as ferramentas para conseguir o desejado. Logo após a intervenção ficaremos preparados para enfrentar uma nova batalha que é reorganizar o trabalho e incorporar na rotina diária tudo aprendido, esse é nosso grande desafio na Atenção Básica no Brasil.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O mundo está envelhecendo gradativamente de modo que em breve os idosos serão maioria. Como reação a esse fato inquestionável e irreversível, é comum observar certa preocupação dos governos em assumir políticas mais favoráveis à “manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas” (Brasil, 2010, p. 7). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citado no caderno de Atenção “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, existem hoje no Brasil, aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior à 60 anos, ou seja, pelo menos 10% da população. Segundo projeções da Organização Mundial de Saúde – OMS, até 2025 serão 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Estará o sistema de saúde preparado para esse desafio?

A USF L-22 foi construída há 14 anos. É muito pequena em extensão e atende zona urbana, não se consegue ter bom fluxo dos usuários. Contamos com um consultório e uma sala de espera com capacidade para 12 pessoas. Nesta mesma sala faz-se o preparo, vacinas e curativos. Tem uma sala única para farmácia, armazenamento de medicamentos, cozinha e sala para o computador; além disso, nesta mesma sala ficam as Agentes Comunitárias de Saúde. Tem um banheiro coletivo para usuários e funcionários. A equipe está composta por 01

Médico, 01 enfermeiro, 02 Técnicas de Enfermagem e 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não temos NASF e nem equipe de saúde bucal.

Os idosos da área de abrangência constituem 10% da população total, sendo moradores próximos. São 3.775 pessoas na área de cobertura. Do sexo masculino 1.647, e do sexo feminino 2.128 pessoas. Segundo a faixa etária: 232 usuários de 0-4 anos, 864 de 5-14 anos, 2.601 de 15-59 anos, e 158 com 60 anos ou mais. Segundo estimativas populacionais a equipe tem coberta o 55% da população idosa. Também, 24% da população idosa cadastrada é hipertensa (47 idosos) e 11% são diabéticos (21 idosos), 44% tem avaliação de risco para morbimortalidade.

Fazendo-se análise crítica da atenção à saúde do idoso na USF, podemos dizer que não se consegue desenvolver de forma adequada e integral. Por exemplo, a redução da acuidade visual, o alto índice da catarata senil são problemas importantes neste grupo, porém o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), é demorado para a marcação de consulta com oftalmologista. Além disso, não existe uma equipe odontológica de referência que ofereça o serviço odontológico para garantir a saúde bucal deste grupo populacional. Ressalto que o envelhecimento é um novo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é melhorar qualitativamente a saúde dos idosos, assim como garantir uma adequada qualidade de vida a essa população.

2.2 Objetivos e metas

2.3 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na USF L-22 da USF, Distrito Sanitário Leste em Manaus, Amazonas.

2.4 Objetivos específicos e metas

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

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80% em três meses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.5 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família L-22, no Município de Manaus, estado Amazonas. Participarão da intervenção 141 pessoas com mais de 60 anos.

Este projeto esteve estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde da família (USF) L-22, no Município de Manaus, Amazonas. Participaram da intervenção 141 pessoas com mais de 60 anos, cadastradas e moradoras na área de abrangência, bem como seus familiares. Foi utilizado o Caderno de Atenção Básica Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento de 2010.

2.6 Detalhamento das ações

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa e atingir a meta de 80%, no eixo de monitoramento e avaliação, serão utilizadas a ficha espelho e planilha de coleta de dados fornecidas pela UFPEL para realização de monitoramento semanal realizado pelo médico da equipe. No que tange à organização e gestão do serviço, o cadastramento dos idosos ocorrerá por meio de convocação realizada pelas ACS durante as visitas domiciliares e captação das pessoas idosas que comparecerem à unidade de saúde em busca de diferentes serviços. A priorização do atendimento ocorrerá selecionando os usuários de risco, por exemplo, acamados ou com problema de locomoção e portadores de doenças crônicas. As ações de engajamento público acontecerão por meio do esclarecimento à comunidade, no acolhimento e nas consultas sobre a importância da realização da consulta como instrumento de pesquisa precoce de doenças e orientando a comunidade sobre a facilidade de manter o

acompanhamento na USF, durante as visitas domiciliares, acolhimento e consultas. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio de capacitação dos profissionais no acolhimento e sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa, atividade que será realizada durante as reuniões de equipe.

Como parte do objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde. A meta de realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluirá ações no eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o monitoramento do percentual dos idosos que receberam esta avaliação durante o atendimento. O controle será feito semanalmente, por meio de registro, nas fichas-espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados.

No que tange à organização e gestão do serviço, ocorrerá por meio de controle das pessoas idosas em acompanhamento, desenvolvendo a busca ativa pelas ACS, nas visitas domiciliares, dos idosos que não compareceram ao serviço na semana, para que realizem sua primeira consulta e sejam inseridas no Programa. Será comunicado ao DISA Leste a necessidade de garantir o material para a avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) mantê-los em condições de uso.

O engajamento público acontecerá orientando aos idosos e seus familiares, sobre a importância da consulta, seja na USF ou na visita domiciliar. Também ocorrerá orientação sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da pessoa idosa. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio de capacitação dos profissionais, abordando nas reuniões semanais a importância do acolhimento dos idosos que procurem atendimento na USF e sua classificação, para aqueles que apresentem problemas agudos, a avaliação será feita no mesmo dia e agendada a próxima consulta. Para as demais, agendar por ordem de prioridade nas primeiras 72 horas da solicitação.

Para monitorar a realização do exame clínico apropriado em dia no 100 % dos idosos atendidos, no eixo de monitoramento e avaliação será realizado semanal através do prontuário, ficha-espelho e planilha de coleta de dados, com base no exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. No que tange à organização e gestão do serviço, a equipe irá reportar à gestão do DISA Leste a

necessidade de ter os materiais para realizar este exame e mantê-los em condições de uso.

Também deverá haver versão atualizada impressa do protocolo disponível no serviço para que a equipe consulte quando necessário, além da disponibilidade em formato digital no computador do consultório. O engajamento público acontecerá orientando aos idosos e familiares, o que deve ocorrer em cada consulta, permitindo identificar alterações, se existirem e a conduta em cada caso. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio de treinamento dos profissionais sobre o exame físico dos pés, principalmente para o médico e enfermeiro que são quem vão desenvolver o atendimento, criando padrão único segundo o protocolo do Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Básica No.19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2010. Além de treinar sobre o preenchimento do prontuário e ficha espelho.

Para atingir a meta de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o acompanhamento semanal dos idosos hipertensos e/ou diabéticos com exame solicitados, por meio dos prontuários, caderneta da pessoa idosa, ficha-espelho e planilha de coleta de dados, permitindo identificar os que não estão indicados com o objetivo de solicita-los.

No que tange à organização e gestão do serviço, a equipe irá informar ao gestor do DISA Leste sobre a necessidade da marcação dos exames, seja no laboratório distrital ou pelo SISREG. Para promover o engajamento público, idosos e familiares serão informados sobre os exames preconizados para os hipertensos e diabéticos na consulta e visita domiciliar. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da capacitação da equipe pelo médico e enfermeiro sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados para a avaliação clínica de cada idoso.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, no eixo de monitoramento e avaliação será monitorado o percentual de idosos que receberam esta prescrição semanalmente, por meio do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado no registro do prontuário e cadernetas da pessoa idosa. No que tange à organização e gestão do serviço, deverá ser garantida a dispensação dos medicamentos mais

usados pelos idosos, além de verificar a disponibilidade na farmácia para evitar o desabastecimento.

Ações relacionadas ao engajamento público acontecerão na consulta e visitas por meio da orientação aos idosos e familiares sobre a importância e vantagem do uso destes medicamentos. A qualificação da prática clínica se dará pela leitura sobre as recomendações dos medicamentos disponibilizados nesta rede de farmácias, além da atualização contínua da equipe sobre a importância de administrar o remédio certo segundo protocolo, nas diferentes doenças apresentadas pelos idosos. Sempre tendo presente as peculiaridades deste grupo populacional com respeito as prescrições.

Para cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, serão desenvolvidas visitas de rastreamento pelas ACS nas micro áreas para identifica-los. No eixo de monitoramento e avaliação será realizado semanalmente por meio do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados pelo registro no prontuário e caderneta da pessoa idosa. No que tange à organização e gestão do serviço, a equipe fica responsável pelo planejamento da visita domiciliar por ordem de prioridade segundo classificação de risco da pessoa idosa. Também deverá ser criado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar aos idosos acamados e com problemas de locomoção.

As ações de engajamento público se darão por meio de orientação do idoso e familiar sobre o que deve ocorrer na consulta além dos riscos do acamamento, como prevenir quedas, orientação nutricional além da prática de atividade física se fora possível. O profissional mostrara durante a consulta sinais de anormalidade identificadas. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio do treinamento dos profissionais para identificar idosos acamados ou com problemas de locomoção segundo critérios. Deverá ser instituído um padrão único para a equipe segundo o Caderno nº 19 do Ministério da Saúde.

Para realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. No eixo de monitoramento e avaliação será realizado semanalmente por meio do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados pelo registro no prontuário. No que tange à organização e gestão do serviço, o médico e enfermeiro desenvolverá visita domiciliar semanal por ordem

de prioridade segundo classificação de risco da pessoa idosa nas micro áreas, acompanhados da ACS e técnica de enfermagem se precisar.

As ações de engajamento público se darão por meio de orientação do idoso e familiar sobre o que deve ocorrer na consulta além dos riscos do acamamento, critérios para solicitar visita domiciliar pelo familiar, orientação nutricional além da prática de atividade física se fora possível. A equipe identificara risco de queda com o objetivo de orienta-los. O profissional mostrara durante a consulta sinais de anormalidade identificadas. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio do treinamento dos profissionais para identificar sinais de alarme nos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sobre depressão, controle das doenças crônicas, esquema vacinal, higiene bucal e das próteses.

Para rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica no eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados através da informação dos prontuários e fichas-espelho dos idosos com pressão arterial aferida durante o atendimento. No que tange à organização ao e gestão do serviço, as técnicas de enfermagem aferirão a pressão arterial durante a triagem aos idosos que assistam a USF e na visita domiciliar. O médico e enfermeiro avaliaram as cifras de pressão arterial encontradas, atuando segundo protocolo.

A equipe deverá reportar ao DISA Leste a necessidade de dos instrumentos (esfigmomanômetro e estetoscópio) e a necessidade de mantê-los em condições de uso. As ações de engajamento público acontecerão por meio de orientação aos idosos e familiares sobre a importância de aferir a pressão arterial permitindo rastrear sobre HAS e identificar sobre os fatores de risco se existirem. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio do treinamento dos profissionais sobre a técnica adequada para aferir criteriosamente a pressão arterial sistêmica após os 60 anos de idade. Identificação de cifras alteradas e como atuar no momento, como realizar curva pressórica. Preenchimento das sinais vitais no prontuário e caderneta da pessoa idosa durante a triagem.

Para rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o preenchimento da planilha de coleta

de dados por meio da informação dos prontuários, cadernetas da pessoa idosa e fichas-espelho dos idosos HAS rastreados para DM.

No que tange à organização ao e gestão do serviço, o enfermeiro e técnicas de enfermagem realizarão o hemoglicoteste durante a triagem aos idosos hipertensos ou com PA maior que 135/80 mmHg que assistam a USF ou na visita domiciliar. O médico e enfermeiro avaliarão as cifras de glicemia encontradas, atuando segundo protocolo. A equipe deverá reportar ao DISA Leste a necessidade dos instrumentos (Glicômetro, fitas, lancetas) e a necessidade de mantê-los em condições de uso. As ações de engajamento público acontecerão por meio de orientação aos idosos e familiares sobre a importância de verificar a glicose permitindo rastrear os hipertensos para diabetes e identificar situação de risco se existirem.

A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio do treinamento dos profissionais sobre a técnica adequada e critérios para realizar a glicemia capilar. Identificação de cifras alteradas e como atuar no momento além do preenchimento dos valores encontrados no prontuário e caderneta da pessoa idosa durante a triagem.

Para cumprir a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, será monitorado semanalmente o número de idosos cadastrados que passaram por essa avaliação, de acordo com o preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados. No que tange à organização e gestão do serviço, a equipe irá acolher todas as pessoas idosas que buscarem a USF para avaliação da necessidade de atendimento odontológico oferecendo atendimento prioritário, com posterior encaminhamento para a unidade de referência para garantir a continuidade do tratamento de saúde bucal se precisar. Para realizar o engajamento público, a equipe informará a comunidade por meio das atividades educativas sobre a importância da saúde bucal e higiene das próteses.

A qualificação da prática clínica ocorrerá pela capacitação dos profissionais, na reunião de equipe, na avaliação da necessidade de atendimento odontológico e identificar os que precisarem de tratamento terapêutico.

Para cumprir a meta de realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% dos idosos, será monitorado semanalmente o número de idosos que receberão este atendimento, de acordo com o preenchimento das

ficha-espelho e planilha de coleta de dados por meio da informação dos prontuários.

No que tange à organização e gestão do serviço, a equipe por não ter ESB informara ao DISA Leste a necessidade de buscar estratégias para garantir a assistência odontológica aos idosos, unidade onde encaminhar, garantir a disponibilidade de vagas na unidade da saúde mais próxima para encaminhamento, com o objetivo de garantir a continuidade do tratamento de saúde bucal se precisar. Para realizar o engajamento público, a equipe informará a comunidade onde receber atendimento odontológico por ordem de prioridade segundo as estratégias criadas pelo distrito de saúde. A qualificação da prática clínica ocorrerá pela capacitação dos profissionais, na reunião de equipe, na avaliação da necessidade de atendimento odontológico e identificar os que precisarem de tratamento terapêutico.

Para melhorar a adesão dos idosos ao programa de Saúde do idoso e buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, será realizado o monitoramento semanal em relação ao cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), além do número médio de consultas realizadas pelos idosos por meio dos dados da planilha de coleta de dados, baseado na revisão sistemática dos prontuários e fichas-espelho. Também será monitorado o número de buscas ativas realizadas a cada semana. Para realizar a organização e gestão do serviço, baseados na revisão semanal do número de faltosos serão planejadas as visitas domiciliares pertinentes para resgatá-los, acolhendo e reagendando a consulta com prioridade os idosos faltosos provenientes das buscas ativas pelas ACS.

As ações de engajamento público se darão por meio de atividades educativas e de apoio às pessoas idosas e familiares, assim como a comunidade em geral, orientando sobre a importância do acompanhamento regular dos idosos pela equipe da ESF. A qualificação da prática clínica envolverá a capacitação dos ACS para identificação das pessoas idosas em atraso por meio dos registros, processo de acompanhamento, sinais de alerta, situações de risco e vulnerabilidade, atraso nos exames e vacinação, com o objetivo de resgatá-las o mais breve possível.

Para melhorar o registro das informações e manter registro específico de 100% das pessoas idosas, será realizado monitoramento semanal do número de

idosos que consultam o serviço e que estão com registros atualizados, o que será feito com base no preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados. A organização e gestão do serviço acontecerão por meio da pactuação com a equipe a respeito da necessidade do preenchimento do SIAB e fichas de acompanhamento referentes ao cuidado da pessoa idosa, fazendo todos os registros em ficha-espelho, prontuário clínico e atualização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Para realizar o engajamento público, a equipe atuará orientando a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas, oferecendo aos idosos, familiares e a comunidade todas as informações relacionadas à possibilidade de terem acesso aos registros de atendimento. A qualificação da prática clínica por meio da capacitação da equipe no preenchimento de todos os instrumentos de registro usados no programa de saúde da pessoa idosa.

Para distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados será realizado monitoramento semanal do número de idosos que receberão a caderneta durante o atendimento, o que será feito com base no preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados por meio da informação oferecida pelo prontuário.

No que tange à organização ao e gestão do serviço, o médico, enfermeiro e técnicas de enfermagem realizarão a atualização ou preenchimento das cadernetas das pessoas idosas que assistiram ao serviço. A equipe solicitará ao DISA Leste a necessidade de garantir as cadernetas para todas as pessoas idosas cadastradas. Para realizar o engajamento público, a equipe orientará a comunidade sobre a importância de conservar a caderneta em bom estado além de levar ela ao solicitar atenção médica independentemente do nível de atenção. A qualificação da prática clínica ocorrerá pela capacitação dos profissionais, na reunião de equipe, no preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Para mapear os idosos de risco pertencentes à área de abrangência e rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. Será monitorado o número de idosos com alto risco existentes na comunidade e quais destas estão com acompanhamento em atraso com o objetivo de resgatá-los, baseado nos dados provenientes do preenchimento das fichas-espelho e planilha

de coleta de dados, de acordo com os registros relacionados à estratificação do risco das pessoas idosas cadastradas no programa.

No que tange à organização e gestão do serviço, será priorizado o atendimento do idoso de alto risco, planejando a agenda para isso, além da identificação das fichas-espelho e prontuário dos idosos de risco. Para promover o engajamento público, serão oferecidas aos idosos, familiares e à comunidade todas as informações sobre os fatores de risco de morbimortalidade e como preveni-los para evitar as doenças. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da preparação dos profissionais, por parte do médico e enfermeiro, nas reuniões de equipe, para a identificação dos fatores de risco para morbimortalidade dos idosos nos diferentes cenários.

Para investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. Será monitorado o número de idosos com indicadores de fragilização existentes na comunidade e quais destas estão com esta avaliação em dia, baseado nos dados provenientes do preenchimento do prontuário, caderneta da pessoa idosa, fichas-espelho e planilha de coleta de dados, de acordo com os registros das pessoas idosas cadastradas no programa. No que tange à organização e gestão do serviço, será priorizado o atendimento do idoso com indicadores de fragilização, planejando a agenda para isso, além da identificação das fichas-espelho e prontuário destes idosos.

Para promover o engajamento público, serão oferecidas aos idosos, familiares e à comunidade todas as informações sobre indicadores de fragilização para o estabelecimento de medidas preventivas. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da preparação dos profissionais, por parte do médico e enfermeiro, nas reuniões de equipe, para a identificação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso no curso da vida individual, identificando as vulnerabilidades.

Para avaliar a rede social de 100% dos idosos. Será monitorado o número de idosos com avaliação da rede social em dia existentes na comunidade, baseado nos dados provenientes do preenchimento do prontuário, caderneta da pessoa idosa, fichas-espelho e planilha de coleta de dados, de acordo com os registros das pessoas idosas cadastradas no programa. No que tange à organização e gestão do serviço, será priorizada pela equipe a avaliação no

âmbito social onde desenvolvesse o idoso, além do acolhimento na rede básica de assistência pelo que a ESF, planejara o atendimento integral prioritário.

Para promover o engajamento público, serão oferecidas aos idosos, familiares e à comunidade todas as informações sobre como manejar socialmente ao idoso, além de conseguir a vinculação com o meio social. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da preparação dos profissionais, por parte do médico e enfermeiro, nas reuniões de equipe, com o objetivo de fazer avaliação biopsicossocial e identificar os fatores de risco e vulnerabilidade. Como conseguir incorporar ao idoso a sociedade com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Para promover a saúde do idoso será garantido a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. Será monitorado semanalmente o registro dessas orientações, de acordo com os dados do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros do prontuário sobre orientações referentes à alimentação durante a consulta. No que tange à organização e gestão do serviço, será definido o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional, de acordo com sua área de atuação. No eixo do engajamento público, haverá orientação sobre alimentação adequada, assim como a importância da nutrição durante a velhice, o que será feito durante as consultas e atividades em grupo.

A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da capacitação dos profissionais, durante as reuniões de equipe, para que incluam a orientação nutricional nas suas ações, de acordo com suas atribuições na equipe. Atividade de promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" e as orientações nutricionais específicas para o grupo de idosos obesos, hipertensos e/ou diabéticos.

Para garantir orientação sobre a prática regular de atividade física a 100% idosos, será monitorado semanalmente o registro dessas orientações, de acordo com os dados do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros do prontuário sobre orientações referentes à prática regular de atividade física durante a consulta. No que tange à organização e gestão do serviço, será definido o papel de todos os membros da equipe, de acordo com sua área de atuação.

No eixo do engajamento público, haverá orientação sobre a importância da prática regular de atividade física durante a velhice, além do benefício sobre a saúde neste grupo populacional, que será feito durante as consultas e atividades em grupo. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da capacitação dos profissionais, durante as reuniões de equipe, para que incluam a orientação sobre a importância da atividade física na velhice, além dos benefícios sobre a prevenção e controle dos fatores de risco e controle das doenças crônicas.

Para cumprir a meta de garantir orientações sobre higiene bucal incluindo higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados, serão monitorados semanalmente os registros. O que será realizado por meio do preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados, baseado nos registros dos prontuários sobre as atividades educativas individuais e coletivas realizadas. No que tange à organização e gestão do serviço, na agenda da equipe terá espaço reservado especificamente para realizar semanalmente atividades educativas com grupo de idosos, promovendo a importância da saúde bucal entre outros temas de saúde geral do idoso. Ao não ter ESB todos os profissionais da equipe oferecerão estas informações, planejando os conteúdos mais importantes para garantir a saúde bucal, bem como identificar os que precisarem de tratamento restaurador com o objetivo de receber avaliação médica e encaminhar para o serviço de referência.

Para realizar o engajamento público, a equipe deverá promover a participação de membros da comunidade na organização, planejamento e gestão das ações de saúde bucal para as pessoas idosas, permitindo a tomada de decisões relacionadas a essas ações, buscando suas ideias e sugestões. Nas palestras, a equipe deverá informar a comunidade sobre a importância da saúde bucal, da conservação dos dentes permanentes e sua função na nutrição do idoso. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio da capacitação dos profissionais nas reuniões de equipe por parte do médico e enfermeiro, sobre as formas de incluir ações de promoção e prevenção para garantir a saúde bucal dos idosos, além de capacitar o pessoal que faz o cuidado na igreja, clube de idoso, associações de bairro.

2.7 Indicadores

Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, foram utilizados os seguintes indicadores, de acordo com os respectivos objetivos e metas:

Relativas ao objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80% em três meses.

Indicador 1: Proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com a 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 diabéticos.

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 idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

Indicador 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 USF com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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.

Relativas ao 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.

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

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

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.

Relativas ao 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.

2.8 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Saúde da Pessoa Idosa será adotado o Caderno de Atenção Básica No.19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2006 e 2010. Serão distribuídos 3 exemplares além da versão eletrônica disponível no computador do consultório.

No mês que antecede a intervenção, o médico por meio de ofício, entrara em contato com os gestores da saúde para viabilizar os materiais para a realização das ações previstas. Serão solicitados 200 exemplares das cadernetas de saúde da pessoa idosa, Prontuários clínicos, fichas de Avaliação Multidimensional Rápida, fichas de acompanhamento/espelho e o livro para cadastro das pessoas idosas da área de abrangência, onde serão registradas informações pessoais, familiares e psicossociais. Para a avaliação mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, preenchida pelo médico da equipe com uma frequência semanal. A equipe estimara alcançar 80% de cobertura com a intervenção. Será realizado contato com o gestor do Distrito Sanitário de Saúde (DISA Leste) para solicitar impressão dos documentos necessários para desenvolver a intervenção.

Para garantir a qualidade dos registros, as técnicas de enfermagem revisarão os prontuários clínicos por micro área, identificando os usuários idosos para serem agendados por ordem de prioridade, além de fazer busca dos prontuários dos idosos faltosos. O médico, enfermeiro e técnicas de enfermagem transcreverão as informações disponíveis nos prontuários e nas cadernetas para a ficha de acompanhamento/espelho. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarão recadastramento da população, permitindo atualizar o registro da equipe.

A intervenção começara com a capacitação dos profissionais da equipe sobre o protocolo do atendimento sobre “Saúde da Pessoa Idosa”, padronizando na atenção nesta faixa etária. As capacitações serão realizadas na USF, durante as reuniões de equipe com uma frequência mensal e duração de 2 horas. O médico, enfermeiro, e técnicas de enfermagem serão os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento destas atividades, além da realização de práticas educativas, abordando principalmente a importância do acompanhamento dos idosos pela equipe da ESF, atendimento médico e estratificação de risco, Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento aos idosos hipertensos e diabéticos, exames complementares, medicamentos da farmácia popular, vacinação, saúde bucal, acamado ou com problema de locomoção e visita domiciliar, rastreamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, entre outras. O médico será o responsável pela capacitação da equipe

sobre a Avaliação Multidimensional Rápida e preenchimento da ficha de acompanhamento/espelho.

O acolhimento imediato e garantia do atendimento a todos os idosos que procuram a unidade básica de saúde (USF), será responsabilidade das técnicas de enfermagem e ACS, porém essa ação ocorrerá em qualquer local da USF. Os idosos com problemas agudos que buscaram atendimento na USF serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, os usuários que procuram consulta de rotina serão agendados, o atendimento acontecerá nos primeiros 3 dias da data de solicitação. Para acompanhamento da saúde bucal será realizado o exame da cavidade oral pelo médico e enfermeiro, definindo por ordem de prioridade as pessoas com maior risco para encaminhar a cirurgia dentista da unidade de referência, segundo estratégia tomada pelo DISA Leste. Para sensibilizar a comunidade os profissionais de saúde da USF terão contato com o conselho local de saúde, associação de bairros e representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência, onde será apresentado o projeto, importância da execução e facilidade de realizá-la na USF.

Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação da população sobre a necessidade de acompanhamento regular desta faixa etária. Serão os ACS os responsáveis de desenvolver o vínculo com a população. Também serão realizadas práticas educativas individual e coletiva com grupos de idosos, na unidade, associação de Bairro, clube do idoso onde fica o grupo "Renascer", nas visitas domiciliares e igrejas da área de abrangência.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente pelo médico e enfermeiro da equipe, serão revisados os prontuários e fichas de acompanhamento/espelho dos idosos, identificando idosos com consulta, exame clínico, laboratoriais ou vacina em dia, além dos atrasos onde os ACS farão a busca ativa dos mesmos. Ao fazer a busca serão agendados com prioridade, com horário para sua conveniência, de acordo com a disponibilidade de agenda. Assim, ao final de cada mês todas as informações coletadas na ficha de acompanhamento/espelho serão consolidadas na planilha eletrônica, realizando monitoramento ativo, conseguindo implementar ações nas semanas e meses seguintes objetivando atingir as metas propostas na intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção iniciada no mês de março do ano corrente e desenvolvida durante 12 semanas, a equipe L-22 conseguiu melhorar os indicadores de saúde da pessoa idosa. Isto foi possível pela participação ativa de todos seus integrantes. Desde o início do projeto, as atividades foram direcionadas com o objetivo de cumprir com o cronograma. Consideramos satisfatório o trabalho desenvolvido pela equipe apesar das dificuldades enfrentadas.

De acordo com o cronograma do projeto, algumas ações foram cumpridas. A gestão do DISA Leste facilitou a totalidade das cadernetas da pessoa idosa solicitadas e a impressão das fichas espelhos, o que fez com que 100% das pessoas idosas atendidas estão com o registro em dia. Além disso, providenciou glicômetro e materiais necessários para fazer pesquisa de DM nos hipertensos e resto dos idosos atendidos segundo critério médico. Vacinas para a atualização do calendário vacinal. A equipe tem o apoio da Gestão Distrital, e de todos os profissionais que de uma forma ou de outra se encontram envolvidos na intervenção.

A capacitação dos profissionais ocorreu na primeira semana da intervenção como estava programada segundo cronograma, foi desenvolvida pelo médico e enfermeiro. A assistência foi boa. Os temas discutidos na equipe foram concertados pelo protocolo que vai ser utilizado que é o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2010.



Figura 2. Reunião de capacitação da equipe L-22

Também foi recebida a visita do Secretário de Saúde do Manaus junto aos gestores do DISA Leste e a Supervisora do Programa “Mais Médicos”, o motivo foi o reclamo de assistência médica da população do Bairro Jorge Teixeira I e II Etapa, a cobertura médica nesse bairro é muito baixa, existe só a unidade de saúde L-22 pelo que grande parte da população fica fora da área de abrangência, no chamado vazio assistencial. A equipe aproveitou a oportunidade para divulgar o projeto, recebendo seu apoio se necessário.

A equipe teve roda de conversa no o Clube de Idosos “Renascer”, onde mais do 50 % dos idosos são comunitários da USF L-22, explicando para eles o objetivo do projeto e a importância da consulta planejada. Além da avaliação odontológica, psicoemocional e da nutricionista pela equipe multiprofissional estadual que brinda apoio para a instituição.

Também foi desenvolvida à “Ação Social” na Igreja “Maria Gorete” de nossa área de abrangência. Participou a equipe de saúde L-22 junto a outros profissionais da marinha do Manaus. Não foi só para pessoas idosas, também para o resto da comunidade independentemente da faixa etária. Os idosos receberam atendimento pela ESF e foram avaliados com dermatologista e ortopedista.



Figura 3. Ação social na igreja “Maria Gorete”.

As pessoas idosas atendidas receberam avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico, realizado pelo médico da ESF, deles 8 estão precisando tratamento terapêutico, é conhecido que a USF não tem equipe odontológica. Foi coordenado com a UBSF de referência para encaminhar os idosos por ordem de prioridade. Esta unidade está concluindo reforma pelo que as cadeiras odontológicas estão sem funcionar. A primeira consulta odontológica programática está zerada. Foi realizada palestra pelos profissionais da equipe sobre “Saúde Bucal” e “Higiene das Próteses” na USF. Com boa participação dos comunitários.



Figura 4. Palestra sobre saúde bucal e higiene das próteses

Foi desenvolvida a IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa no Manaus, feito no Ginásio do Parque Municipal do Idoso. O tema foi “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de todas as Idades”.



Figura 5. IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.

Uma das ACS da equipe participou, repassando todo o aprendizado. Foram desenvolvidas atividades culturais, palestras, debates, apresentação e aprovação do regimento interno da instituição. Além do tema “Transporte Cidadão”, pela Superintendência Municipal de Transportes Urbanos- SMTU, com ênfase nos Direitos e Deveres, respeito é prioridade que os idosos merecem. Foi discutido a Lei No 10.741, de 1ro de Outubro de 2003 que dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Tudo este material foi desenvolvido na reunião da equipe.

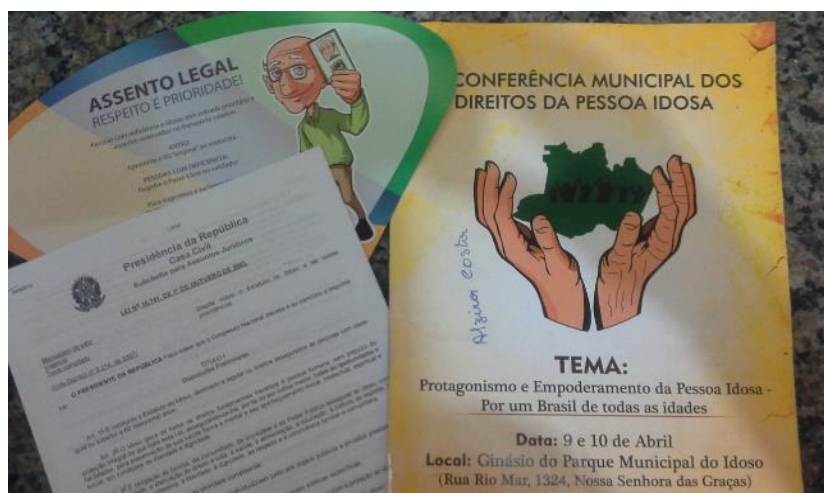


Figura 6. Material disponibilizado IV Conferência Municipal

A equipe acredita esta conferência demonstra o interesse do Governo por melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional, esta é uma população que não pode ser esquecida pela importância que reveste em nossa comunidade.

Os idosos atendidos nesta semana com histórico de obesidade, hiperlipemias, HAS e DM foram encaminhados para o NASF da UBSF de referência para avaliação multiprofissional, além da incorporação ao grupo de caminhada que conduz o educador físico.



Figura 7. Grupo de caminhada orientado pelo educador físico do NASF.

A equipe desenvolveu atividades relacionadas com a Campanha de Prevenção e Combate da Hipertensão. Além da campanha contra a influenza, onde foram vacinados um número significativo de pessoas idosas.

Os usuários hipertensos atendidos foram encaminhados para a vinculação ao grupo de HIPERDIA da UBSF Josephina de Mello, onde participam em rodas de conversa, além da prática de exercício físico baixo supervisão do educador físico do NASF.



Figura 8. Roda de conversa com o grupo de HIPERDIA.

Também foram iniciados os atendimentos odontológicos pela ESB da unidade de referência. 5 usuários receberam a primeira consulta odontológica programática. Isto é dando cumprimento a estratégia tomada pelo DISA Leste, com certeza é um logro da intervenção. O número não é significativo pois essa unidade ficou parada por reforma por três meses porem os agendamentos são por ordem de prioridade, eles também tem sob sua responsabilidade uma equipe e a procura é grande.

Foi realizado convite para a reunião da equipe dos gerentes do DISA Leste, contando com a participação da apoiadora distrital que assume a responsabilidade da unidade. A equipe fez resumo d acontecido até a semana encerrada, a senhora ficou surpresa com a cobertura e os resultados alcançados. Os profissionais continuam motivados pelos resultados obtidos até o momento.



Figura 9. Reunião da equipe L-22 com a apoiadora distrital.

Foram avaliados na consulta subsequente os usuários pesquisados com cifras elevadas de glicemia e pressão arterial, acompanhados regularmente durante 01 mês, diagnosticando Diabetes Mellitus em dois usuários e hipertensão arterial sistêmica em um deles, foram incluídos nos registros das doenças crônicas.

A equipe teve reunião no DISA Leste para debater a situação de infraestrutura da unidade de saúde e a reforma planejada. A situação construtiva fica muito séria, comprometendo a qualidade do atendimento.

Receberam atendimento na visita domiciliar todos as pessoas idosas acamados ou com problema de locomoção, moradoras, cadastradas pela ESF. Além de avaliar os indicadores de fragilização na velhice, orientando a família sobre os riscos e como prevenir agravos.



Figura 10. Visita domiciliar a pessoa idosa com problemas de locomoção.

Os idosos com deficiência visual por catarata senil, pterígio, retinopatias ou outras doenças oculares, foram avaliados durante a VD pela incapacidade e encaminhados ao serviço especializado. Oferecendo para eles e familiares informação sobre os cuidados para prevenir agravos e evitar quedas.

Durante a intervenção foi realizada avaliação exaustiva das idosas com mamografia em dia além de exame citopatológico segundo critérios. As mamografias foram indicadas para ser realizadas na “Carreta de Mulher” que encontrasse oferecendo serviço perto da unidade de saúde, além de realizar preventivo na USF das idosas que precisarem segundo critério médico. Estes

exames foram feitos segundo o pactuado no “Programa de prevenção de câncer do colo uterino e de mama”.



Figura 11. Pesquisa de câncer do colo uterino e de mama na mulher idosa.

Durante a intervenção a equipe conseguiu fazer os atendimentos agendados, existindo faltosos que foram recuperados no mês corrente, através da busca ativa desenvolvida pelas ACS nas visitas domiciliares, conseguindo terminar a coleta de dados sem faltosos a consulta.

É importante sinalar que a equipe quinzenalmente fez revisão nos arquivos onde ficam os prontuários das pessoas idosas, permitindo agendar os atendimentos, segundo o pactuado pelo SUS. Nas reuniões da equipe, o médico e enfermeiro monitoraram os prontuários e fichas espelhos, ajudando a sistematizar o trabalho desenvolvido, permitindo melhorar os resultados da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Depois de destacar as atividades desenvolvidas durante a intervenção, é necessário sinalar as que não foram possíveis realizar.

A realização da primeira consulta odontológica esteve comprometida. A UBSF Josephina de Mello começou a apoiar assistencialmente a equipe, agendando as pessoas idosas por ordem de prioridade, acredito que antes de concluir o ano corrente os atendimentos podam ser incrementados.

Os dias feriados e pontos facultativos neste período dificultaram o número de atendimentos que deveriam ter sido realizados durante o estudo.

A falta de uma agente comunitária de Saúde durante a intervenção foi uma das principais dificuldades enfrentadas, repercutindo negativamente no cadastro da micro área, afetando a cobertura.

Outra das deficiências da intervenção foi não conseguir garantir a realização dos exames indicados as pessoas idosas em tempo real, a marcação pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para o agendamento dos exames e consultas especializadas não é bom, muitas vezes demorando meses para conseguir um agendamento para especialidades como endocrinologia, psiquiatria, cirurgia geral e dermatologia. Além de não existir a especialidade de geriatria.

A pesarem de ser garantido o abastecimento dos medicamentos mais usados na farmácia da unidade de saúde, existiu dificuldade com a hidroclorotiazida, glicazida e metformina 850 mg durante o segundo mês da intervenção, porem foi coordenado com a farmácia popular garantindo a dispensação para os usuários que estiveram precisando.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com respeito à coleta e sistematização dos dados, a equipe não tem tido grandes dificuldades. Foram impressas no DISA Leste a totalidade das fichas espelhos solicitadas segundo a logística pactuada para a intervenção. Além disso, a impressão de documentos para desenvolver o trabalho da equipe não constitui um problema. O Distrito de Saúde apoia com os materiais necessários mensalmente.

No começo da intervenção a equipe teve dificuldade com respeito a coleta de dados, fundamentalmente com as ACS que não entendiam qual era a

finalidade do projeto. Com as capacitações foram assimilando a importância de ter os registros atualizados para que o médico atualizara a planilha de coleta de dados, instrumento chave para sistematizar a intervenção. Não existia registro, desconhecia-se o número real de pessoas com 60 anos e mais.

Outro instrumento muito valioso durante a intervenção foram os diários relatados semanalmente, onde foram recolhidos todos os dados relativos à intervenção, tanto os ganhos como as dificuldades apresentadas, assim como os atendimentos e atividades realizadas.

Com respeito ao livro de registro do diário de intervenção, não houve dificuldade. Porém, somente o médico anotava o acontecido, atividades desenvolvidas ou não, data, profissional responsável, permitiu-me levar o controle das pessoas idosas pela ordem que estão inseridas na planilha de coleta de dados. Além de ser muito útil para escrever o relatório de intervenção.

Os registros fotográficos também foram importantes. Possibilitou-me ilustrar alguns momentos da intervenção, assim como enriquecer nossos relatórios. Os termos de autorização foram assinados e arquivados no consultório, sob a responsabilidade da médico da equipe.

A planilha de coleta de dados também permitiu sistematizar a intervenção. A equipe conseguiu avaliar mensalmente o desenvolvimento da intervenção, conhecer o estado das metas e indicadores, identificar as deficiências e avaliar o cumprimento dos objetivos propostos, além de poder utilizá-la na sistematização da intervenção nos próximos meses.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe está conseguindo envolver a comunidade e a qualidade da assistência tem surpreendida positivamente os profissionais da USF em geral. Acredito os atendimentos hoje estão formando parte da rotina diária como exige o SUS. Quando está ocorrendo a consulta todos os profissionais ficam envolvidos, o acolhimento pelas técnicas de enfermagem, as ACS disponibilizam os prontuários e registros das pessoas idosas cadastradas, inicia-se com a triagem,

eles são enviados a farmácia pela medicação, atualiza-se o esquema vacinal. Com certeza os atendimentos tem que ser melhorados, a equipe tem a vontade para fazer um trabalho de excelência como merece a população de nossa área de abrangência.

A reunião semanal já constitui uma rotina das sextas feiras, a equipe faz monitoramento das ações que deveram ser desenvolvidas na semana anterior, além de planejar o que vão ocorrer nas semanas seguintes. É avaliado o cumprimento das atividades planejadas segundo o cronograma. É monitorado o planejamento da visita domiciliar por ordem de prioridade para pessoas idosas, acamados o com problemas de locomoção, que vão acontecer na semana próxima, com o objetivo de melhorar a assistência e ampliar a cobertura. De fato a intervenção conseguiu unir a equipe além de ser mais participativa nas atividades planejadas. Hoje a equipe toda concorda que assumindo as atribuições de cada um com responsabilidade é possível modificar a realidade da USF.

A equipe tem tido conseguido até hoje envolver a comunidade. Os usuários constituem o denominador comum nesta ação, a assistência as consultas pelas pessoas idosas é a grande fortaleza neste período.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80% em três meses e 100% em 12 meses.

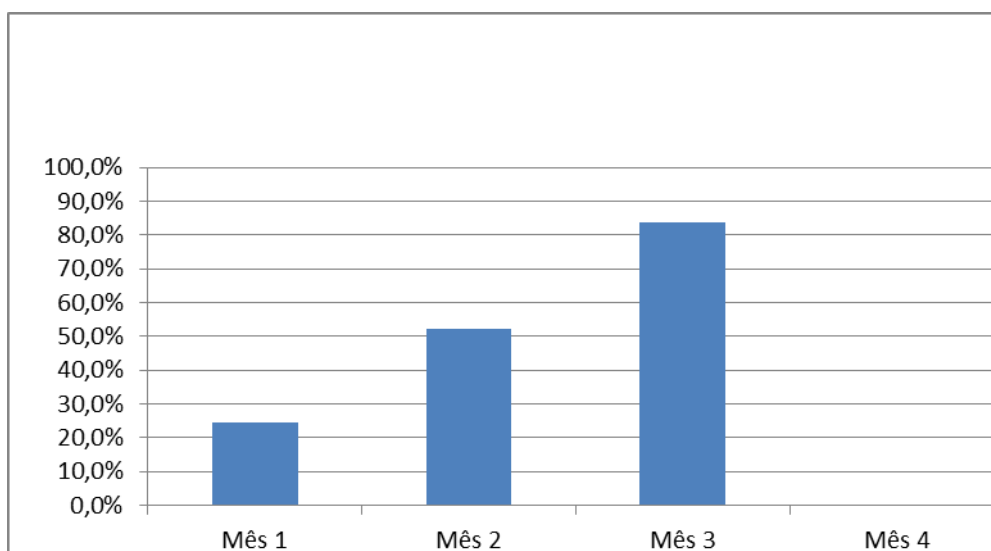


Figura 12. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

No início da intervenção a equipe L-22 não conhecia com exatidão o número total de idosos pertencentes à área de abrangência, por isso passamos a realizar a atualização e o novo cadastramento de toda a população, de modo que atualmente conseguimos atualizar a população de abrangência para 168 pessoas idosas.

Ao analisar o gráfico, pode-se observar que durante o primeiro mês de intervenção foram incluídos um número menor de idosos, incrementando-se progressivamente nos meses subsequentes. No primeiro mês, foram cadastradas 41 pessoas idosas (24,4 %). No segundo mês evoluímos para 88 (52,4 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 (83,9 %) conforme apresentado na figura 12.

Isso aconteceu devido ao trabalho em equipe, controle dos registros, capacitação dos profissionais e engajamento público desenvolvido pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção.

As ações que mais auxiliaram na inscrição destas pessoas idosas no programa, foi o cadastramento da área adstrita que ocorreu por meio da convocação realizada pela equipe durante as visitas domiciliares, consultas, atividades coletivas, captação de idosos que compareceram à unidade de saúde em busca de diferentes serviços, além do acompanhamento deles no clube de idosos “Renascença” pertencente a nossa área de abrangência. A falta de uma agente comunitária da Saúde durante a intervenção foi uma das principais dificuldades enfrentadas, repercutindo negativamente no cadastro da micro área, afetando a cobertura.

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.

Melhorar a qualidade do atendimento à pessoas idosas constituiu um dos objetivos da intervenção, foi realizada a avaliação multidimensional rápida aos 141 idosos incluídos no estudo, conseguindo avaliar 100% deles, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério de Saúde. No primeiro mês 41 pessoas idosas receberam a avaliação multidimensional rápida (100 %). No

segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

As ações que mais auxiliaram nestes resultados foram o acompanhamento dos idosos nas consultas e visitas domiciliares pelos profissionais da equipe e o planejamento das visitas domiciliares para aquelas pessoas que encontrassem com alguma limitação física.

Ao fazer avaliação multidimensional rápida aos idosos cadastrados, foram detectadas alterações em 32 idosos. 12 apresentaram IMC alterado, 8 deles com excesso de peso e 4 com déficit de peso. 14 idosos apresentaram dificuldade na visão, 8 com catarata senil deles 3 foram operados. 3 pessoas idosas apresentaram alterações na escala de depressão geriátrica. 22 idosos com alteração da função dos movimentos dos membros inferiores, deles 12 apresentaram limitações para realiza as atividades diárias. Foram identificadas 2 pessoas idosas com suporte social deficiente.

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.

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento das pessoas idosas foi realizada o exame clínico apropriado a 100% dos idosos cadastrados, conseguindo fazer o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial e pedioso e medida da sensibilidade para 100% dos diabéticos atendidos, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério de Saúde. No primeiro mês foi realizado na consulta exame clínico apropriado nas 41 pessoas idosas atendidas (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Foram identificados 4 idosos diabéticos com alterações e estes foram encaminhados para consulta de angiologia e clinica médica.

As ações que mais auxiliaram nestes resultados foram o acompanhamento dos idosos nas consultas e visitas domiciliares pelo médico e enfermeiro da equipe.

Nas primeiras semanas da intervenção a equipe não conseguiu o monitoramento da totalidade das pessoas idosas inscritas no programa. Isto aconteceu devido a 02 idosos que estiveram faltosos a consulta agendada pela

ESF. Realizando de imediato a busca ativa pela ACS da micro área e reagendando com prioridade segundo conveniência do usuário, a equipe conseguiu recuperar elas e avaliar no mês corrente permitindo a atualização em tempo. De fato ao longo da intervenção foram implementadas pela equipe novas estratégias com respeito aos faltosos, conseguindo fazer todos os atendimentos planejados na data certa.

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

Através das consultas planejadas foi possível a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. No primeiro mês foram solicitados os exames complementares periódicos nos 41 idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto permitiu avaliar integralmente as portadoras de doenças crônicas onde foram diagnosticadas outras doenças concomitantes sendo as dislipidemias as de maior incidência.

Também é válido assinalar que os distúrbios visuais apresentados pelos idosos foram frequentes, ao fazer encaminhamento para avaliação oftalmológica, e receber a contra referência encontrasse idosos com retinopatia diabética e hipertensiva além do pterígio e catarata senil. Foi observado que existe prioridade para a realização do tratamento da catarata e pterígio para os idosos, além na realização de exames pré-operatórios e o retorno ao serviço. Durante a intervenção foram operados 5 usuários entre 60 e 70 anos por apresentar pterígio que dificultava a visão. Receberam cirurgia de catarata 2 usuários maiores de 70 anos com boa evolução clínica.

A realidade para o atendimento neste município é bem complexa, já que não contamos com estratégias adequadas para garantir uma atenção continuada. Apesarem de ter na USF o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) o agendamento dos exames e das consultas especializadas não é bom, muitas vezes demorando meses para conseguir um agendamento para especialidades como endocrinologia, psiquiatria, cirurgia geral e dermatologia. Ressalto que, o envelhecimento é um novo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), e o

objetivo é melhorar qualitativamente a saúde dos idosos, garantir uma adequada qualidade de vida a essa população; e de esta maneira ampliar a esperança de vida para todas as pessoas, à medida que envelhecem, incluindo aquelas pessoas com incapacidade e que precisam de assistência à saúde.

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

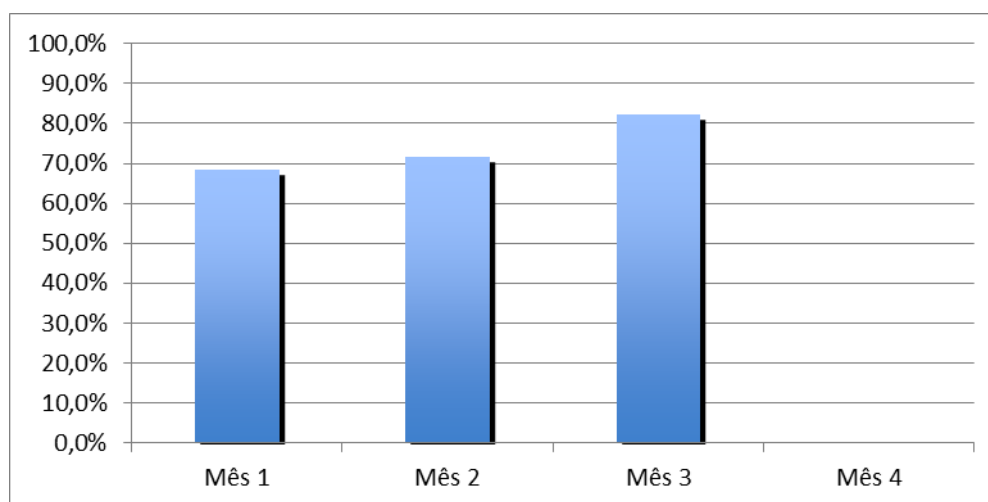


Figura 13. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Com respeito a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, pode-se observar que durante o primeiro mês de intervenção foram incluídos 28 idosos (68,3 %) com esta prescrição, incrementando-se progressivamente nos meses subsequentes. No segundo mês, foram 63 pessoas idosas (71,6 %), e finalizamos o terceiro mês com 116 (82,3 %) conforme apresentado na figura 13.

Estes resultados demonstram que nem todos os idosos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular porém são a minoria, existem idosos que são acompanhados além pela ESF com especialistas verticais como cardiologistas, endocrinologistas, clínicos gerais entre outros que prescreveram tratamentos específicos para eles, alguns deles tem boa renda e podem ser comprados, além de ter controle da doença crônica.

Todos eles foram avaliados pela ESF dando continuidade a seu tratamento. Também encontramos idosos de baixa renda com dificuldade para

obter estes medicamentos os quais foram trocados por os medicamentos disponibilizados pela rede básica, conseguindo o controle das doenças crônicas sem dificuldade. É válido assinalar que durante a intervenção foram encontradas pessoas idosas sem histórico de doenças crônicas que não precisam de prescrição de medicamentos.

Mensalmente a equipe revisou o estoque dos medicamentos (incluindo validade), realizou o pedido segundo o quadro básico assinado para a USF tendo presente o número de usuários com DCNT e tratamento que eles realizam. Foi garantido o abastecimento dos medicamentos mais usados na farmácia da Unidade de Saúde, existiu dificuldade com a Hidroclorotiazida, glicazida e metformina 850 mg durante o segundo mês da intervenção, porém foi coordenado com a farmácia popular garantindo a dispensação para os usuários que estiveram precisando. Segundo o estipulado nesta rede de farmácias que acolhe o programa de HAS e DM de forma gratuita.

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

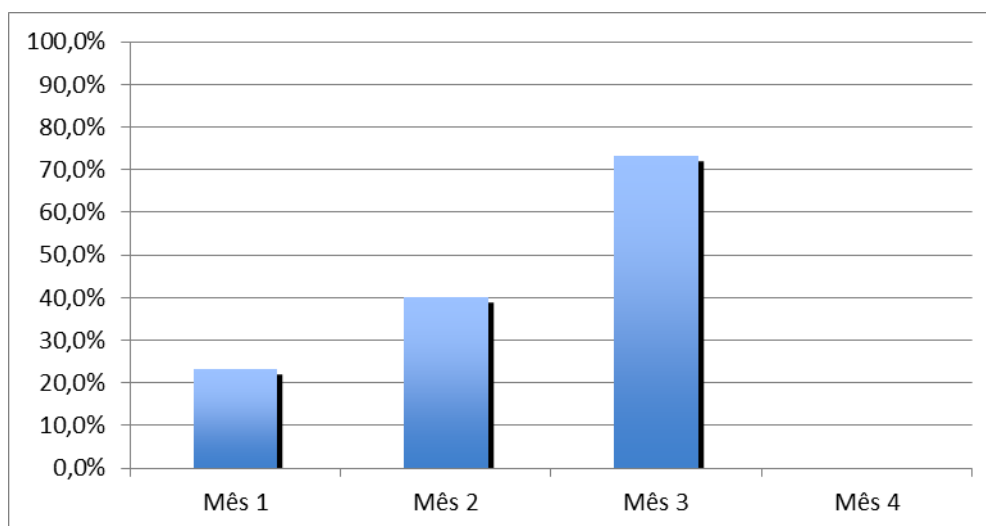


Figura 14. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

No início da intervenção a equipe L-22 não conhecia com exatidão o número total de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Pelo que foi utilizada a estimativa

segundo a planilha de coleta de dados, que estimava 30 pessoas portadoras deste tipo de fragilidade.

Ao analisar o gráfico, pode-se observar que durante o primeiro mês da intervenção foram incluídos um número menor, incrementando-se progressivamente nos meses subsequentes. No primeiro mês, foram cadastradas 07 (23,3 %). No segundo mês evoluímos para 12 (40,0 %) e finalizamos o terceiro mês com 22 (73,3 %) conforme apresentado na figura 14.

Depois de fazer capacitação dos profissionais com respeito ao verdadeiro conceito de “Acamados” e “Problemas de locomoção” e recadastro da área de abrangência a equipe só encontrou um total de 22 pessoas idosas classificadas neste grupo, destes só um idoso está acamado. Acreditamos foi conseguido dar cobertura com a intervenção a totalidade deles. Não obstante, esta ação precisa de atualização mensal por parte das ACS e retroalimentar a equipe de imediato. Desta maneira pode-se conseguir avaliação de forma imediata de quem precisar com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

O idoso acamado foi avaliado na visita domiciliar pelo médico, técnica de enfermagem e ACS da micro área, sofreu queda a 03 anos com fratura de cadeira que não foi operado pelo histórico de HAS e miocardiopatia dilatada com alto risco cirúrgico, encontra-se com acamamento prolongado, a 2 anos permanece na cama onde os cuidadores cobrem as necessidades básicas. Ao avaliar os indicadores de fragilização na velhice encontra-se com perda da massa muscular, debilidade e atrofia dos membros inferiores, além de rigidez articular. Não apresenta úlcera por pressão pela mobilização adequada que recebe. A família foi orientada sobre os cuidados com o idoso, as filhas cuidadoras são muito responsáveis, com capacidade assistencial conservada para assumir o cuidado do pai doente. A equipe transmitiu confiança expressando que eles não estão sozinhos. Oferecendo a informação que os procedimentos técnicos são competências dos profissionais da equipe.

A parceria conseguida entre os profissionais e os cuidadores desta pessoa idosa possibilitou a sistematização das tarefas realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e de suas cuidadoras, evitando-se assim, na medida do possível, agravos, hospitalização, e isolamento.

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

A equipe conseguiu realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na área de abrangência. No primeiro mês foi realizada visita domiciliar aos 7 idosos acamados ou com problemas de locomoção (100 %). No segundo mês evoluímos para 12 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 22 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto foi possível através do cadastro real da população, além de fazer planejamento por micro áreas das visitas que ia acontecer durante a semana, o monitoramento desta informação nas reuniões semanais desenvolvidas pela equipe foi responsável pelo êxito do cumprimento da meta que já era de 100 %.

Uma pessoa idosa avaliada na visita domiciliar planejada, com histórico de HAS, DM e Hemiplegia com dificuldade de locomoção, ao aferir a pressão arterial e a glicemia capilar em jejum encontramos cifras adequadas, usuário muito bem remanejado pela família, cumpre o tratamento segundo a prescrição médica. A alimentação é saudável, o reabilitador físico do hospital onde ele foi atendido passou orientações sobre os diferentes exercícios até que esteja pronto para fazer a fisioterapia. Foi atualizada a caderneta de saúde da pessoa idosa.



Figura 15. Atendimento clínico a pessoa idosa na visita domiciliar.

Outra usuária de 75 anos avaliada na visita domiciliar por apresentar problemas de locomoção, com histórico de HAS, insuficiência arterial periférica com úlcera crônica no membro inferior esquerdo, com controle da doença crônica. É orientada sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, saúde bucal e higiene das próteses. A técnica de enfermagem fez a o curativo e oriento sobre a forma de fazer a higienização da úlcera. Foram indicados exames complementares periódicos. Foi atualizada a caderneta da pessoa idosa e encaminhada para angiologista para acompanhamento especializado.



Figura 16. Visita domiciliar a pessoa idosa da equipe L-22.

Outro idoso de 82 anos de idade foi avaliado na visita domiciliar por apresentar problemas de locomoção, histórico de HAS controlada, deficiente visual por Catarata senil não operado. Idoso orientado, com linguagem bem articulado, coerente. A cuidadora é orientada sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, saúde bucal e higiene das próteses. Orientou-se também sobre a necessidade de ampliar o cuidado para evitar as quedas, evitar tapetes e uso de chinelos, manter cômodos com boa iluminação e arrumados. Foram indicados exames complementares periódicos. Ao fazer a avaliação multidimensional rápida foram identificados problemas de visão, audição, função dos membros inferiores comprometidas parcialmente, pelo que a família participou em roda de conversa planejada pela equipe para conseguir prevenir incapacidade severa. O acompanhamento deste usuário foi planejado com maior frequência pela ESF.



Figura 17. Visita domiciliar a idoso com problemas de locomoção.

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

A equipe conseguiu rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica. No primeiro mês foram rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica os 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados. Isto foi possível primeiramente com a capacitação da equipe sobre a técnica correta para aferir a pressão arterial, com o objetivo de fazer uma avaliação adequada. Foram utilizados dos esfigmomanômetros previamente calibrados pelo técnico do DISA Leste.

As pessoas foram triadas pelos profissionais da equipe, médico, enfermeiro e técnicas de enfermagem. Foi solicitada curva pressórica para os usuários com cifras tensionais acima do normal. Permitindo diagnosticar HAS em 5 idosos que desconheciam tinham esta doença crônica. Ao diagnosticar eles foram indicados exames específicos e encaminhados para ser avaliados com especialistas, fundamentalmente, oftalmologista e cardiologista. Assim como avaliar os fatores de riscos associados conseguindo orientá-los de como preveni-los ou ter controle sobre eles para evitar agravos.



Figura 18. Triagem de usuária idosa com HAS pela técnica de enfermagem.

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).

Foram avaliados 86 hipertensos durante a intervenção, todos foram triados e rastreados para DM pela técnica de enfermagem da equipe, além de fazer glicemia capilar para os idosos sem histórico de doença depois de receber solicitação médica. No primeiro mês foram rastreados para Diabetes Mellitus 20 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (100 %). No segundo mês evoluímos para 53 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 86 representando o 100 % dos cadastrados.

A USF possui os recursos para realizar o rastreamento pois existe glicômetro com fitas e lancetas suficientes. Esta estratégia implementada conseguiu orientar ao médico, facilitando a solicitude de outros exames específicos. Ao final da intervenção foram diagnosticados 3 usuários com diabetes mellitus.



Figura 19. Pessoa idosa com HAS rastreada para DM.

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

No período de coleta de dados, a equipe conseguiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100 % das pessoas idosas inscritas. Isto foi possível pela capacitação sobre saúde bucal e higiene das próteses, realizada para todos os profissionais da equipe. No primeiro mês foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram as avaliações feitas nas consultas, visitas domiciliares, no acolhimento dos idosos que procuraram a USF para avaliação odontológica oferecendo atendimento prioritário. A realização das palestras permitiu orientar aos idosos, familiares e à comunidade sobre a importância da higiene bucal.

Para acompanhamento da saúde bucal foi realizado o exame da cavidade oral pelo médico e enfermeiro, definindo por ordem de prioridade as pessoas com maior risco para encaminhar a cirurgião dentista da unidade de referência.

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

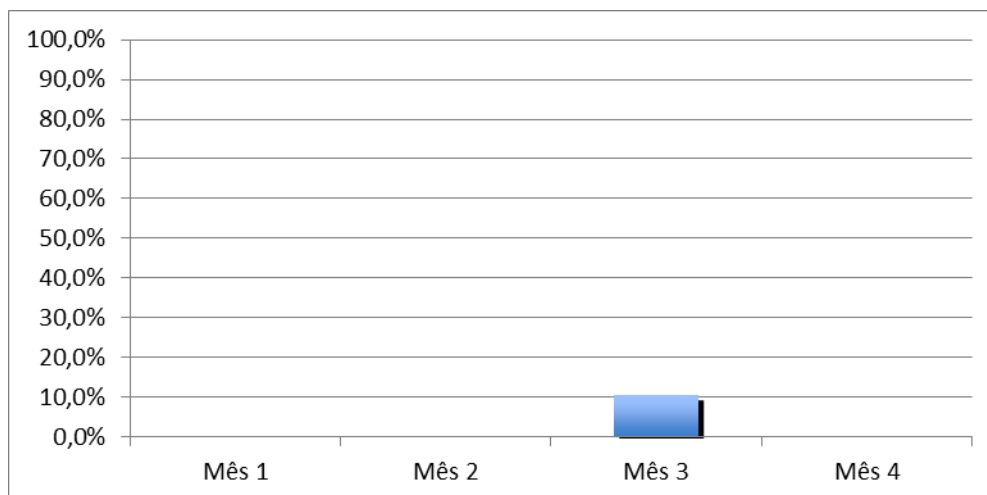


Figura 20. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

A equipe não conseguiu realizar a primeira consulta odontológica para 100 % dos idosos cadastrados, nossa USF não tem ESB. Esta situação foi discutida com a gerência do Distrito de Saúde, Conselho Local de Saúde, líderes comunitários e população em geral. A UBS Josephina de Mello começou a apoiar assistencialmente a equipe segundo estratégia criada pelo DISA Leste. Esta unidade ficou em reforma durante os três primeiros meses deste ano pelo que as agendas estão lotadas com os usuários de suas respectivas áreas de abrangência.

Durante os dois primeiros meses da intervenção os atendimentos estiveram zerados. No terceiro mês foi conseguido avaliar 15 idosos (10,6 %) conforme apresentado na figura 20. Existem usuários agendados por ordem de prioridade, acredito que antes de concluir o ano corrente possam ser avaliadas mais pessoas das inseridas na intervenção, a demanda é muito grande pelo que os atendimentos estão demorados. Esta USF ficou em reforma durante 04 meses.

A equipe foi retroalimentada pela USF Josephina de Mello, pois a técnica de enfermagem visita esta unidade semanalmente e verifica as pessoas da área que receberam atendimento, informando semanalmente na reunião da equipe quantos usuários receberam a primeira consulta odontológica programática, permitindo atualizar a planilha de coleta de dados.

Esta estratégia permitiu o incremento das consultas odontológicas programáticas no terceiro mês, estes resultados obtidos são restritos mas representam um ganho qualitativo para a intervenção conseguir que os usuários da área de abrangência sejam atendidos em uma unidade de referência, pois eles também tem sob sua responsabilidade uma outra equipe.

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

Meta 3.1: Busca ativa de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Para melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, a equipe nas reuniões semanais criou estratégias pontuais para conseguir fazer a busca ativa e recuperar os faltosos as consultas. No primeiro mês foi realizada a busca ativa de 2 idosos faltosos a consulta programada. No segundo mês tivemos 4 e no terceiro mês não se registraram idosos faltosos cadastrados. Estes faltosos estão registrados nos diários de intervenção, pelo que foram atendidos dentro do mesmo mês do agendamento por enquanto ao preencher a PCD fica zerada.

Isto foi conseguido através do monitoramento semanal da agenda do médico e enfermeiro, além do registro das pessoas idosas, prontuários clínicos, ficha espelho e planilha de coleta de dados. Permitindo identificar na mesma semana planejando as visitas domiciliares pertinentes para resgatá-las. O acolhimento e o re-agendamento dos idosos faltosos às consultas provenientes das buscas ativas foi feito com prioridade, assim como garantiu-se a facilidade para escolher o melhor dia e horário para o atendimento.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de 100% das pessoas idosas que consultam no serviço.

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu melhorar o registro das informações e manter o registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das pessoas idosas que consultaram o serviço. No mês um as 41 pessoas idosas que consultaram o serviço tiveram o registro na ficha espelho em dia (100 %). No

segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Este controle foi implantado na USF pela primeira vez, já que antes de iniciar a intervenção não existia este valioso instrumento que permite o registro e a sistematização de informações tão importantes. Isto foi possível através do monitoramento semanal dos idosos atendidos. Depois da capacitação da equipe foi pactuada a necessidade do preenchimento do SIAB e fichas de acompanhamento referentes ao cuidado deste grupo populacional, confeccionando os registros, ficha-espelho, prontuário clínico e atualização da caderneta da pessoa idosa.

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

Com a intervenção foi conseguido distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês foi possível distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa aos 41 idosos que consultaram o serviço (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Muitos deles tinham esta caderneta, porém não estavam atualizadas. Com a intervenção foi possível atualizá-las e com informações sobre seu histórico de saúde e relacionadas com seu estado de saúde atual em cada consulta recebida.

É válido mencionar que do total de idosos atendidos foram preenchidas pela primeira vez 57 cadernetas de saúde da pessoa idosa, de modo que a logística preparada pela equipe foi suficiente, o resto das cadernetas foi atualizado como de costume.



Figura 21. Preenchimento e atualização da caderneta da pessoa idosa.

Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco pertencentes à área de abrangência.

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

A equipe conseguiu rastrear 100 % das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. No primeiro mês foi possível rastrear 41 idosos que consultaram o serviço para risco de morbimortalidade (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Tal rastreamento foi feito por ordem de prioridade o monitoramento das pessoas com alto risco existentes na área de abrangência, conseguindo ter o acompanhamento em dia.

Depois da avaliação, foi realizada à estratificação do risco das pessoas cadastradas, identificando as de alto risco, encaminhando elas onde precisarem para fazer acompanhamento especializado ou receber avaliação multiprofissional do NASF da UBSF de referência. Esta estratégia foi criada com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.

A equipe conseguiu dar atendimento priorizado para as de alto risco, planejando a agenda para isso, as pessoas idosas com transtorno de locomoção

ou com deficiência foram avaliadas na visita domiciliar, estas visitas foram realizadas pela ESF segundo a necessidade de cada usuário. Além de marcar consultas especializadas pelo SISREG por ordem de prioridade para aquelas que precisaram avaliação por clínica médica, endocrinologia, oftalmologia, urologia, nefrologia, neurologia, fisioterapia, psiquiatria, psicologia clínica, entre outras.

Foram oferecidas aos idosos, familiares e à comunidade todas as informações sobre os fatores de risco para morbidades na velhice e como preveni-las para evitar as doenças.

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

Durante a intervenção foi possível investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. No primeiro mês foi possível investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice dos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto foi possível depois de fazer avaliação minuciosa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida individual de cada idoso atendido. Identificando os que apresentaram maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrências de desfechos clínicos adversos. Deste modo, a equipe conseguiu desenvolver atividades de promoção de saúde para prevenir declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte com o objetivo de conseguir uma expectativa de vida mais saudável. Garantir o envelhecimento com qualidade de vida é um dos grandes desafios da ESF.

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

Com a intervenção foi realizada a avaliação da rede social de 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês foi possível avaliar a rede social dos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto foi possível avaliando as relações sociais e o comportamento cotidiano das pessoas em parceria com a ACS de cada micro área que são as

encarregadas de retroalimentar a equipe. Foi explorado o grau e satisfação deles com respeito à apoio familiar, de amigos e parentes, assim como com o atendimento oferecido pela ESF, o médio familiar onde eles desenvolvem a vida cotidiana e a equipe de saúde tem a responsabilidade de contribuir para que eles se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo, evitando o isolamento e anonimato e favorecendo sua integração social. Neste sentido, o apoio social recebido contribui decisivamente para o bem-estar e qualidade de vida do idoso que o que pretendesse conseguir com este grupo populacional.

Durante a intervenção foram encontradas duas pessoas idosas com suporte social deficiente.

Ao fazer avaliação multidimensional, mas também da rede social de uma das pessoas idosas, com respeito a nutrição, percebeu-se que ela se encontra com muito baixo peso e sua visão não é adequada, em função disso solicitou-se encaminhamento para oftalmologista. Ao aplicar a escala de depressão geriátrica apresenta depressão leve, na anamnese refere morava com uma neta que abandono o domicilio, agora mora com um filho que trabalha dia todo, ficando ela sozinha na casa durante o dia. A senhora não conseguia se alimentar pela baixa renda, foi feita psicoterapia de apoio pelo médico da ESF, e também encaminhamento para o NASF da UBSF Josephina de Melo solicitando avaliação multiprofissional. Ao avaliar o apgar da família existem insatisfações com respeito ao funcionamento familiar, a equipe não conseguiu ter conversa com a neta nem filho, só com uma vizinha que oferece apoio a pessoa idosa. A partir da intervenção, a usuária tem sido visitada com frequência pelos profissionais da equipe.

Uma outra pessoa com suporte social deficiente, tem histórico de HAS, transtornos psiquiátricos com acompanhamento por psiquiatria, com hipnóticos e sedativos em seu tratamento, com alteração postural e do equilíbrio pelo que a marcha dificultasse. É avaliado durante a visita domiciliar por esta causa, além de apresentar linfangite do membro inferior esquerdo. Orientamos a família sobre os cuidados a ter com o usuário para tentar recuperar e incorporar ele a vida social. Depois de avaliar o apgar familiar, percebe-se que também existe insatisfação.

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu fornecer orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas. No primeiro mês foi possível garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis nos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto foi possível através do monitoramento semanal do registro das orientações referentes à alimentação saudável durante a consulta descritas no prontuário clínico, ficha-espelho e planilha de coleta de dados.

Através da capacitação todos os membros da equipe ficaram preparados para realizar orientação nutricional. Foram desenvolvidas atividades coletivas pela ESF como palestras e rodas de conversas, orientando aos idosos, familiares e a comunidade sobre uma alimentação adequada, assim como a importância para conseguir controlar fatores de riscos além de evitar agravos das doenças crônicas já instaladas.

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

Durante o projeto foi possível garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos. No primeiro mês foi possível garantir orientação para a prática regular de atividade física nos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Estas orientações foram fornecidas durante as consultas individuais, atividades coletivas desenvolvidas na USF, nas palestras realizadas no clube de idoso “Renascer” pertencente a nossa área de abrangência. Foram explicados os benefícios da manutenção do controle da pressão arterial, glicemia e perfil lipídico, aumento da massa muscular e monitoramento do peso. Tudo isso melhora a força, previne as perdas da massa óssea evitando quedas e fraturas, melhora a função pulmonar, o equilíbrio, a marcha, a autoestima dando

autoconfiança para enfrentar as atividades cotidianas com a conseguinte melhora da qualidade de vida.



Figura 22. Grupo orientado pelo educador físico do NASF.

Com estas atividades desenvolvidas a equipe conseguiu incorporar grande número de idosos ao clube de idosos da área de abrangência assim como ao grupo de caminhadas que comanda o educador físico do NASF da UBSF Josephina de Mello, unidade de referência que acolhe nossos usuários onde realizam várias atividades físicas com previa avaliação clínica do médico de assistência e da nutricionista.

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu fornecer orientações sobre higiene bucal incluindo higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês foi possível garantir orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) nos 41 idosos atendidos (100 %). No segundo mês evoluímos para 88 (100 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 representando o 100 % dos cadastrados.

Isto foi possível através do monitoramento semanal do registro das orientações referentes à higiene bucal, durante a consulta descrita no prontuário clínico, ficha-espelho e planilha de coleta de dados.

Através da capacitação realizada pelo médico da equipe todos os profissionais ficaram preparados para realizar orientação sobre higiene bucal

incluindo próteses dentárias. Foram desenvolvidas atividades coletivas desenvolvidas pela ESF, orientando aos idosos, familiares e a comunidade sobre a importância do manter boa higiene bucal e o necessário que é para conseguir o equilíbrio no estado de saúde das pessoas.

Nos dias 09 e 10 de abril no Manaus, foi desenvolvida a IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, feito no Ginásio do Parque Municipal do Idoso. O tema foi “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de todas as Idades”. Onde foi selecionada para participar uma de nossas ACS. Isto permitiu retroalimentar a equipe com a experiência alcançada durante esta conferencia assim como fornecer-nos dos materiais ali disponibilizados.



Figura 23. IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.

Na reunião da equipe semanal foi desenvolvido o material disponibilizado sobre o Transporte Cidadão pela Superintendência Municipal de Transportes Urbanos (SMTU), com ênfase nos Direitos e Deveres, respeito é prioridade que os Idosos merecem. O debate foi ótimo. É uma das debilidades que hoje existem neste município. Os profissionais conheceram tudo o referente a seus direitos e deveres, este documento foi discutido na palestra realizada no clube de idoso e nossa área de abrangência.



Figura 24. Material disponibilizado na IV Conferência Municipal.

Também foi desenvolvido o tema sobre o Transporte Cidadão pela Superintendência Municipal de Transportes Urbanos (SMTU), com ênfase nos Direitos e Deveres, respeito é prioridade que os Idosos merecem. Foi discutida a Lei No 10.741, de 1ro de Outubro de 2003 que dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providencias. Todo este material vai ser discutido na Reunião da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção na equipe L-22, propiciou a ampliação da cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa. Melhorou a qualidade do atendimento. O cadastramento da área adstrita permitiu a melhora dos registros.

Com a intervenção foi possível conseguir a capacitação dos profissionais de acordo com o Caderno de Atenção Básica número 19, 2007, “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da Saúde. Esta atividade promoveu a integração da equipe de saúde, assim como com a unidade de referência UBSF: Josephina de Mello que oferecem serviços para nossa população.

Foi possível delimitar as atribuições de cada profissional, o médico e o enfermeiro foram os responsáveis dos atendimentos aos idosos, As técnicas de enfermagem foram as responsáveis da triagem. As ACS atualizaram o cadastro da área adstrita além de fazer a busca ativa das faltosas. A ESB da unidade de

referência ofereceu o atendimento odontológico das pessoas idosas por ordem de prioridade.

A intervenção teve grande impacto na equipe, foi possível ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento. Organizou-se os registros, prontuários clínicos, fichas espelhos, agendas do médico e o enfermeiro, planejou-se o trabalho das ACS nas micro áreas, foi possível preencher as cadernetas de saúde da pessoa idosa, atualizar o esquema vacinal, brindar orientações aos idosos, familiares e população em geral sobre importância do acompanhamento pela ESF e a possibilidade de ser oferecida na unidade de saúde, receberam orientações nutricionais sobre hábitos saudáveis, prática de atividade física regular, cuidados de saúde bucal e higiene das próteses, riscos e acidentes mais frequentes na velhice. Com o trabalho desenvolvido pela equipe foi conseguido a adesão e o engajamento público da área de abrangência.

Antes da intervenção a maioria das atividades de atenção à saúde da pessoa idosa estavam concentradas no médico, com a capacitação dos profissionais e o reordenamento das agendas estes atendimentos foram compartilhados segundo as atribuições de cada membro da equipe. A melhora dos registros e o agendamento organizado das pessoas idosas viabilizaram a otimização das agendas para conseguir os atendimentos as demandas espontâneas. A estratificação de risco dos idosos atendidos permitiu o planejamento por ordem de prioridade dos mais necessitados tanto para o atendimento médico como odontológico na unidade de referência.

A intervenção teve impacto sobre a comunidade, fundamentalmente na realização das consultas planejadas e a possibilidade de realização deste atendimento na unidade de saúde. Hoje é possível realizar o atendimento na USF com a continuidade do atendimento segundo classificação do risco, assim como atualizar o esquema vacinal. Receber atendimento das pessoas acamadas o com problema de locomoção através das visitas domiciliares. De fato a pesarem da ampliação da cobertura falta muito por conseguir para que o impacto seja totalmente percebido pela população da área adstrita a equipe.

Depois de fazer o monitoramento do ocorrido na intervenção, chegamos à conclusão que a equipe poderia ter discutido melhor todas as atividades planejadas de acordo com o cronograma antes da intervenção, isto facilitaria o cumprimento dos objetivos e metas e nos permitiria solucionar mais

oportunamente os problemas detectados para que a intervenção seja desenvolvida sem contratempos.

A relação com a comunidade podia ter sido melhor, conseguindo total engajamento público. Permitindo a priorização dos atendimentos segundo riscos e vulnerabilidades.

De fato com a intervenção foi conseguida a integração da equipe. Incorporar a rotina diária o realizado durante o estudo é o grande desafio dos profissionais. Hoje a equipe está em condições de superar as dificuldades que foram apresentadas durante a intervenção.

Os atendimentos desenvolvidos durante a intervenção estão formando parte da rotina diária. O objetivo é que fique como parte da qualidade do serviço prestado. Ampliar as atividades educativas é nosso objetivo, para conseguir conscientizar a comunidade sobre a importância do acompanhamento dos idosos nas consultas desenvolvidas pela ESF.

A reunião semanal constitui uma rotina, onde a equipe faz monitoramento das ações que deveram ser feitas, além de planejar o trabalho subsequente.

Depois de desenvolver a intervenção e avaliar os resultados obtidos durante três meses, a equipe tem planejado se propor aumentar a cobertura das pessoas idosas cadastradas na área de abrangência. Apesar de não ter sido possível alcançar 100 % nesta ação programática ao longo das 12 semanas, a equipe pretende alcançá-la escalonadamente.

O objetivo da equipe depois das capacitações realizadas é iniciar este trabalho na atenção à saúde da criança. Deste modo, a equipe pode ir cobrindo o resto das ações programáticas com o objetivo de alcançar a cobertura desejada e melhorar a qualidade dos atendimentos.

Com certeza os atendimentos tem que ser melhorados, a equipe tem a vontade para fazer um trabalho de excelência como merece a população de nossa área de abrangência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Gestora do DISA Leste de Manaus. Mediante este relatório vou descrever a intervenção realizada na USF L-22, que teve como objetivo melhorar a saúde das pessoas idosas cadastradas na equipe, com o fim de ampliar a cobertura do programa do idoso através de várias ações que foram desenvolvidas com a participação ativa de toda a equipe de saúde, a comunidade e principalmente as pessoas idosas pertencentes à área de abrangência. Essas ações foram previstas em um projeto como parte integrante ao módulo de Análise Estratégica do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS e após sua aprovação puderam ser executadas durante o período de 12 semanas.

Ao realizar a análise situacional de nossa área de abrangência foram identificadas deficiências, dentre as quais a baixa cobertura de atendimento a “Saúde da Pessoa Idosa”. Esta ação programática não tinha um espaço na agenda do médico e enfermeiro. Só existia a programação da consulta para usuários com doenças crônicas não transmissíveis independentemente da idade.

No início, a equipe não contava com um registro real das pessoas idosas nem acamados ou com problemas de locomoção, nos propusemos realizá-los e desenvolver a intervenção nesta ação programática pela importância que a saúde deste grupo populacional representa, para medir a qualidade de atendimento da ESF na Atenção Primária de Saúde. Ainda é um de nossos objetivos cadastrar o totalidade da população de nossa área de abrangência e ampliar a cobertura, além da incorporação desta consulta a rotina diária da equipe.

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa foram utilizadas as fichas espelhos e a planilha de coleta de dados fornecidas pela UFPEL. O cadastramento dos idosos ocorreu através da convocação das ACS nas visitas domiciliares, captação dos idosos que compareceram à unidade de saúde em busca de diferentes serviços. Além dos atendimentos oferecidos no clube de idosos “Renascer” pertencente a nossa área de abrangência.

Foram desenvolvidas atividades coletivas de promoção em saúde, onde a comunidade foi orientada sobre a facilidade do acompanhamento pela ESF, tanto nas visitas domiciliares como na USF. Realizou-se a capacitação dos profissionais no acolhimento e sobre a saúde da pessoa idosa, nas reuniões da equipe.

Foram criados planos de ações depois de elaborar um cronograma para conseguir atingir as metas planejadas, com o objetivo de melhorar os atendimentos da população de nossa área de abrangência.

Após de concluir três meses de intenso trabalho, desenvolvido pelos profissionais, a equipe conseguiu atingir várias das metas propostas. Foi possível atender e avaliar com qualidade um maior número de pessoas idosas cadastradas. Foram confeccionados os registros de atendimentos melhorando a organização dos serviços, foram monitorados os medicamentos e vacinas. Os profissionais ficaram melhor preparados, pelas capacitações recebidas. Foi possível desenvolver maior número de atividades educativas e de promoção de saúde.

Pode-se observar na figura 25 que durante o primeiro mês de intervenção foram incluídos um número menor de idosos, incrementando-se progressivamente nos meses subsequentes. No primeiro mês, foram cadastradas 41 pessoas idosas (24,4 %). No segundo mês evoluímos para 88 (52,4 %) e finalizamos o terceiro mês com 141 (83,9 %). Isso aconteceu devido ao trabalho em equipe, controle dos registros, capacitação dos profissionais e engajamento público desenvolvido pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção.

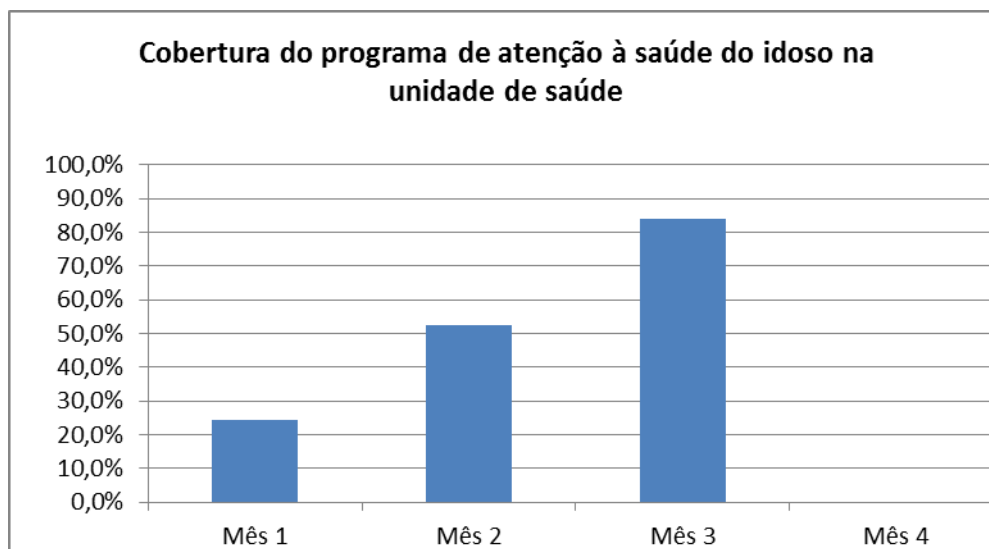


Figura 25. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Para o desenvolvimento destas ações contamos com o apoio do Distrito de Saúde Leste (DISA), que facilitou a impressão da totalidade das fichas espelhos o que fez que o 100% das pessoas idosas atendidas estão com este registro em dia, confecção de cartazes, foram disponibilizadas suficientes cadernetas de saúde da pessoa idosa além de outros recursos que foram precisados nas atividades coletivas. Providenciou as vacinas para a atualização do calendário vacinal assim como a farmácia da USF recebeu os pedidos de medicamentos em tempo.

Reconhecemos estes ganhos e avanços na qualidade da assistência, mas ainda temos deficiências que precisam ser resolvidas para oferecermos um serviço mais completo e de mais qualidade, tais como a oferta de serviços de saúde bucal e a melhoria da infraestrutura da unidade de saúde que não é adequada. Nosso maior desafio é conseguir a implementação adequada do programa “Saúde da Pessoa Idosa” na Estratégia de Saúde da Família, a intervenção permitiu-me descobrir o caminho certo para consegui-lo, em função disso já agradecemos a ajuda de todos para conseguir chegar até esta conclusão.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhores Comunitários:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na USF e poderá servir para todo o município.

Os profissionais da equipe de saúde L-22 estivemos inseridos durante três meses em um estudo de intervenção em “Saúde da Pessoa Idosa”, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento. No caminho foram encontradas dificuldades e facilidades que permitiram à equipe desenvolvê-la apesar dos obstáculos, com segurança a comunidade teve ganhos com o trabalho executado.

Foi possível conhecer o número de pessoas idosas cadastradas na área de abrangência da equipe, além de precatar-nos que a maioria deles não ficavam sendo acompanhado de forma correta.

Depois de desenvolvido este plano por três meses, logrou-se cadastrar 141 pessoas idosas representando o 83.9% da população desta faixa etária que deviam ser atendidas, todas foram avaliadas priorizando as de alto risco, estes resultados foram conseguidos através das atividades desenvolvidas de forma periódica, tanto na unidade de saúde como na comunidade. As pessoas faltosas

foram resgatadas pelas ACS na visita domiciliar conseguindo terminar com este indicador zerado.

Este estudo conseguiu a melhora dos registros das pessoas idosas, os prontuários ficaram mais acessível, organizados e completos. Foi conseguido atualizar vacinas, oferecer medicamentos disponibilizados pela farmácia popular priorizada. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam atendimento na visita domiciliar.

Foi possível indicar exames periódicos para os idosos que precisarem depois de avaliá-los clinicamente. As pessoas com histórico de HAS foram rastreados para Diabetes Mellitus assim como todas receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Não foi possível oferecer atendimento odontológico na primeira consulta programada para todos os usuários que precisaram por não contar com ESB na USF, a minoria foi avaliada na UBSF de referência agendados por ordem de prioridade. Foi preenchida a caderneta da pessoa Idosa para a totalidade deles.

As pessoas idosas e os familiares responsáveis foram orientados na consulta, nas palestras e rodas de conversa desenvolvidas pelos profissionais sobre orientação nutricional e hábitos saudáveis, prática de atividade física regular, cuidados de saúde bucal, incluindo higiene das próteses entre outras coisas.

Outras das vantagens para a comunidade é que ao final da consulta passamos a marcar o retorno para que a pessoa idosa mantenha acompanhamento estável e programado segundo a idade e riscos que apresentem.

Muitas pessoas idosas e familiares expressaram os agradecimentos pelos atendimentos recebidos no consultório e nas visitas. Os familiares dos idosos com deficiência ficaram satisfeitos ao receber atendimento no seu domicílio, evitando deslocar-se até a unidade de saúde.

Apesar dos ganhos obtidos a equipe precisa de apoio pela comunidade, conhecer os direitos que a população idosa tem. Solicitar a colaboração nas atividades educativas das associações de bairro, igrejas e a comunidade, participando ativamente nelas, colaborando nos atendimentos planejados, divulgando os serviços oferecidos pela equipe. Estas ações já estão incorporadas à rotina do serviço, permitindo o engajamento com a comunidade, com o objetivo

de melhorar o atendimento, ganhando em organização; para que toda a população fique corretamente atendida.

A equipe tem tido conseguido até hoje envolver aos profissionais, melhorando a parceria com a comunidade. A assistência das pessoas idosas as consultas planejadas foi boa, esta tem surpreendida a toda a equipe. De fato o trabalho tem que ser melhorado, conseguindo atender todos os idosos de nossa área de abrangência, oferecendo atendimento de qualidade. Conseguir engajar nossa equipe e a comunidade é nosso grande desafio.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A intervenção desenvolvida pela equipe permite também reflexões sobre o processo pessoal de aprendizagem. Para mim como profissional de saúde foi surpreendente, acreditava não ia conseguir atingir a meta e conseguir os objetivos, na realidade no início não existia registro confiável das pessoas idosas, pelo que tivemos iniciar o cadastro de zero. Além de não existir atendimento planejado desta ação programática pela equipe. A população estava acostumada a buscar assistência quando precisava e esse mesmo era o conceito utilizado pelos profissionais da equipe. Durante os atendimentos que eram feitos a prioridade era a renovação do receituário de medicamentos controlados.

O curso de especialização aprimorou meus conhecimentos sobre o Programa “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” e demais protocolos do Ministério de Saúde, adquirindo novos conhecimentos acerca do trabalho pactuado para ser desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Permitiu-me conhecer a situação real de saúde deste grupo populacional de minha área de abrangência e conseguir melhorar a qualidade do atendimento.

Permitiu-me fazer meu primeiro curso a distância, superar-me profissionalmente e no idioma português. Além de conhecer o Projeto Pedagógico de uma Universidade do Brasil. Consegui conhecer a função de nossos orientadores e apoio pedagógico com o objetivo de formar-nos. Oferecendo informações necessárias para o desenvolvimento da intervenção assim como na revisão, correção e avaliação das tarefas e finalmente de nosso TCC.

Não gostei das mudanças dos orientadores durante o curso.

Não ter encontros presenciais com os professores, orientadores e resto dos orientados da turma onde desenvolvi meu projeto acredito foi uma debilidade do

processo pessoal de aprendizagem. Além de entender a situação geográfica do Amazonas.

Gostei das exigências do curso, ter o tempo limitado para fazer cada atividade permite a presença do especializando. Também acredito foi uma fortaleza contar com o professor que desempenhasse como apoio pedagógico de nossa turma, pela capacidade de interagir com os especializados nos fóruns, sempre oferecendo informações importantes para conseguir atingir os objetivos do projeto.

É válido mencionar neste espaço que oito horas semanais não são suficientes para desenvolver as tarefas com qualidade.

Considero que o curso está corretamente desenhado conseguindo melhorar nossa atuação na Atenção Básica. Ressaltando a função de nossos orientadores e apoio pedagógico em seu empenho por formar-nos. Sempre oferecendo informações importantes e necessárias para o desenvolvimento da intervenção assim como na revisão, correção e avaliação das tarefas e finalmente de nosso TCC.

8 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Siqueira e col. Barreiras arquitetônicas Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual estrutura da UBS. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Questões reflexivas estrutura da UBS I. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Questões reflexivas estrutura da UBS II. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Questões reflexivas atribuições dos profissionais. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Livro raciocínio clínico Kurt Kloetzel. São Paulo, 1977.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos [Vista protegida] - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Foit Reader PDF Iniciar sesión

VISTA PROTEGIDA Cuidado—los archivos de Internet pueden contener virus. Si no tiene que editarlo, es mejor que siga en Vista protegida. Habilitar edición

A4

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						

Ativar Windows
Ir a Configuração de PC para activar Windows.

LISTO Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores ... 125% 15:24 01/08/2015

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da USF:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante