

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Brasil Novo, Macapá/AP

Alina Beaton Castanon

Pelotas, 2015

ALINA BEATON CASTANON

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Brasil Novo Macapá/AP

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: Daniela Patrícia Evangelista dos Santos

Pelotas, 2015

C346m Castanon, Alina Beaton

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Brasil Novo Macapá/AP / Alina Beaton Castanon; Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Santos, Daniela Patrícia Evangelista dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

À minha família pelo apoio dado mesmo à distância.

À Deus por me permitir fazer boas coisas à minha população idosa.

À minha professora e orientadora do curso, pela paciência que teve no acompanhamento, ajudando durante todo o tempo para que eu pudesse concluir o curso.

Agradecimentos

À minha orientadora, pela paciência para que o trabalho pudesse ser concluído. À toda a comunidade, por apoiar na melhoria à saúde do idoso. À equipe de saúde, pela motivação do trabalho na comunidade. Agradeço às igrejas, escolas e espaços das comunidades que permitiu a realização das atividades. Aos nossos gestores da UBS e colegas, que fizeram coisas maravilhosas voltadas para a prevenção e educação de toda a comunidade.

Resumo

CASTANON, Alina Beaton. **Melhoria da atenção à saúde do Idoso na UBS Brasil Novo, Macapá /AP**. 2015 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Ao realizar um projeto de intervenção através de estudos e levantamento de dados, desenvolveu-se uma ação programática prioritária na atenção básica, intervindo na assistência, promoção e prevenção à saúde dos idosos da área de abrangência da UBS Brasil Novo, situado na zona norte no município de Macapá – Amapá, durante 12 semanas, compreendido entre Abril a Junho 2015. Nosso objetivo foi melhorar a atenção à saúde do idoso, incluindo atenção odontológica, em uma população estimada de 3024 usuários, em nossa área de abrangência a estimativa é de 302 idosos, representando 10% da população estimada. Segundo o CAP o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS era de 193, sendo a cobertura de 62%. Tivemos uma meta de cobertura para alcançar 80% e fizemos 82,1%, num total de 248 idosos, nas demais metas de qualidade alcançamos 100%. Para realização da intervenção, utilizou-se o banco de dados do SIAB, prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados e ficha-espelho, fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas. Alcançou-se o cadastramento adequado no Programa de Atenção ao Idoso, a realização de exames clínicos adequados incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, da avaliação multidimensional rápida, solicitação de exames complementares periódicos, priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizamos o cadastro e priorizamos as visitas domiciliares aos idosos acamados e com dificuldades de locomoção, rastreamento para hipertensão arterial e diabetes mellitus, visitas domiciliares dos idosos faltosos as consultas programadas, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, distribuição da caderneta de saúde do idoso. Foram avaliados os idosos para risco de morbimortalidade, fragilidade na velhice e a rede social garantiram as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal. Em correspondência ao início na intervenção se resultou a melhora quali e quantitativa do programa de atenção saúde do idoso em nossa UBS o qual ficou como parte da rotina de trabalho.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; atenção à saúde do idoso; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	63
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	65
Figura 3	Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa	67
Figura 4	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da família
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo de Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelota
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão	69
5 Relatório da intervenção para gestores	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências	79
Anexos 81	

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos idosos na Unidade Brasil Novo, no Bairro Norte, no município de Macapá – estado AP.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Nas seções cinco e seis serão apresentados relatórios da intervenção para gestores e comunidades.

Na seção sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

Por fim, serão apresentadas bibliografias referenciadas utilizadas neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Tendo em vista a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Atenção Primária à Saúde (APS) é preciso fazer um breve comentário: A Política Atenção Básica de saúde foi aprovada em 21 outubro de 2011, pela Portaria 2.488 de 2011 (BRASIL, 2011). O início desse processo ocorreu em 1987, na cidade de Alma-Ata - antiga União Soviética, onde aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Deste encontro, resultou a Declaração de Alma-Ata que defendeu e enfatizou a valorização da saúde por meio da Atenção Primária. Essa conferência foi o primeiro passo para a Reforma Sanitária e a Universalização da Saúde, culminando com a criação da Constituição de 1988 que garantiu a todos os cidadãos o direito universal a saúde. Em 1991 uma portaria criou a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Portaria 2.488 trouxe uma nova regulamentação para a atenção básica – A ESF, que se baseia fundamentalmente em promoção e prevenção de saúde. A principal contribuição da APS foi a reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta mudança imprimiu uma nova dinâmica de atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com definição de responsabilidades entre os serviços, a prevenção, a educação em saúde, o acolhimento, o trabalho interdisciplinar e foco nos fatores de risco que acometem a população.

Após esse breve histórico, vou descrever como se processa o trabalho na Unidade que estou alocada. A minha equipe é bastante preparada e realizamos atividades de promoção e prevenção à saúde como palestras e distribuição de

preservativos para evitar as doenças sexualmente transmissíveis; prevenção de gravidez na adolescência; prevenção de câncer do colo uterino e importância da realização da Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU); importância da vacinação e do aleitamento materno. Também realizamos visitas domiciliares, especialmente aos idosos e usuários acamados.

A unidade não oferece as melhores condições de trabalho. Só contamos com o clínico geral e o pediatra. Os consultórios não oferecem privacidade para realização de anamnese, a climatização é deficiente e temos dificuldades até com receituário. A unidade está sendo reformada para incluir os serviços adicionais, mas neste momento as obras estão paralisadas e, segundo informações da gestão, o motivo é a falta de recursos financeiros.

Porém, apesar das dificuldades encontradas na unidade, eu fico feliz porque tenho uma boa equipe, superior a muitos países da América Latina, com vontade e motivação para trabalhar pelo bem da população, fazendo o possível para prestar um bom atendimento. Juntos realizamos projetos de promoção e prevenção à saúde, através das atividades educativas e sei que estamos no caminho certo. Neste pouco tempo em que estou na Unidade, já percebo resultados do trabalho, assim como o carinho e agradecimento da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital do estado de Amapá. A população estimada em 2009 era de 366.484 habitantes, em uma superfície de 6407 km², o que resulta uma densidade demográfica de 57,2 habitantes/km². É a única capital de estado brasileiro que não se conecta por estradas e o acesso só é possível por via aérea ou fluvial. O número de UBS são 23 em todo Amapá, sendo 20 urbanas e três rurais, com 72 ESF em todo o estado. Existem ainda cinco anexos de Saúde da Família que ficam fora do posto de saúde e dois centros odontológicos, todos vinculados ao SUS. No território, existem três hospitais, sendo um geral, um de atendimento infantil e uma maternidade. Existem dificuldades para a realização de exames complementares, já que a maioria das UBS não tem como ofertar esse serviço à população.

A Unidade onde estou alocada chama-se Brasil Novo e oferece serviço para uma área urbana bastante extensa, cuja população predominante é de mulheres jovens, residentes na periferia. Nossa UBS está funcionando há 16 anos e o modelo de atenção é ESF. Em nossa unidade temos duas equipes de saúde para atender

uma população de 3024 pessoas. Cada equipe conta com um médico generalista, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e seis ACS. Cada agente comunitário tem a responsabilidade de acompanhar 150 famílias. É interessante mencionar que temos em nossa unidade o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para fazer atendimento integral à população reforçando as ações de apoio Institucional. A equipe do NASF é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e educador físico. Fora da unidade tem um anexo onde trabalham duas equipes de Pronto Atendimento.

Em relação à estrutura física, nossa UBS é pequena, com sala de espera para 10 pessoas sentadas. Existe sala para atendimento ginecológico, com banheiro e ar condicionado, mas os outros consultórios não têm as paredes completas até o teto, comprometendo a privacidade dos usuários. Temos presença de escadas, mas existem rampas para o acesso dos usuários com dificuldades de locomoção. Entretanto, os banheiros não têm espaços para cadeira de rodas, limitando o acesso. Temos depósito de material de limpeza, área para curativo e injeção, espaço para lavagem e descontaminação de material e sala para agentes comunitários. As salas têm janelas e portas de madeira, possui boa iluminação e ventilação, as paredes internas são laváveis e os pisos são lisos. Temos dificuldade porque apenas um consultório tem sanitário e não temos expurgo na unidade. Nossa equipe tem se reunido com a gestão da UBS para tratar dos problemas existentes, especialmente sobre a necessidade de aumentar o nível das paredes para proporcionar maior privacidade aos usuários. Segundo a gestão, estas dificuldades serão resolvidas com a reforma da unidade que foi planejada há um ano.

Fazendo uma análise de nossa equipe, acredito que somos trabalhadores de saúde com alto nível científico, com plena dedicação ao trabalho, com valores éticos, solidários e humanistas. Penso que, se contarmos com o apoio de recursos humanos e logísticos necessários, conseguiremos melhores indicadores para a saúde da população.

A demanda espontânea tem melhorado bastante desde que cheguei a Unidade, porque nossa equipe realiza em conjunto ações preventivas em saúde e visitas domiciliares. Quando a situação requer atendimento de emergência ou urgência, estabilizamos o quadro e encaminhamos para hospital já que em nossa UBS não temos urgências médicas. Quando eu cheguei a esta Unidade só se fazia

atendimento por agendamento, mas agora fazemos os dois tipos, pois isto diminui a demanda dos hospitais e facilita mesmo os casos mais complicados.

Em nossa UBS temos um total de 128 crianças que são acompanhadas pela equipe, cobertura de 100% segundo o Caderno de Ação Programática (CAP). O número de consulta diária é de 10 crianças e a equipe atua sempre em conjunto para oferecer um serviço de melhor qualidade. Não temos problemas com o teste do pezinho em até sete dias, pois este é realizado ainda na maternidade, mas temos dificuldades com as mães que demoram em comparecer a primeira consulta no prazo preconizado. Fazemos orientação para aleitamento materno exclusivo, mas quando as mães apresentam dificuldades, durante a consulta, ensinamos como estimular a criança a mamar, alternando entre um peito e outro. Durante as visitas domiciliares, incentivamos a participação dos pais na consulta de puericultura para que ambos recebam informações sobre as ações de prevenção relacionadas à saúde das crianças. Tentamos encontrar soluções para aqueles problemas sobre os quais não temos governabilidade. Observamos que em nossa área o número de crianças com cárie é bastante alto, o que pode ser atribuído aos maus hábitos alimentares, mas como não temos serviço odontológico encaminhamos para outra unidade. Também não temos balanças pediátricas, então pesamos as crianças junto com as mães e subtraímos o peso destas. Como não há quantidade suficiente de medicamentos para todas as crianças, tentamos suprir este déficit com orientação alimentar, especialmente para reposição de ferro. Além dessas ações citadas acima, as atividades educativas junto à comunidade são as estratégias que utilizamos para minimizar os riscos e promover melhor qualidade de vida. Cabe ressaltar a importância e empenho do trabalho dos ACS nestas ações. Temos o registro e prontuário de todos os atendimentos, além da caderneta da criança onde registramos os dados da consulta como orientação alimentar, desenvolvimento psicomotor, vacinação e outros que surjam. Quando detectamos qualquer anomalia encaminhamos essas crianças para consultas especializadas e continuidade do tratamento. Mas, infelizmente a contra referencia entre o hospital e a Atenção Básica não acontece.

A atenção ao pré-natal de baixo risco é fundamental em nosso trabalho, especialmente em virtude do perfil demográfico da população. Tentamos oferecer um bom atendimento as gestantes, com controle e monitoramento correspondente aos protocolos estabelecidos. O número estimado de gestante residente na área da

UBS é de 90, mas somente 72 estão cadastradas. De acordo com o CAP o percentual é de 69% de cobertura sendo muito baixo e estamos fazendo um esforço para cadastrar e determinar quantas gestantes existe na nossa área para que façam o pré-natal de acordo com o preconizado pelo SUS. As equipes têm registros das consultas de pré-natal, mas temos muitas áreas descobertas e muitas gestantes que fazem controle perinatal em outros municípios ou em outros estados, assim como temos gestantes que vem de outros estados realizar consulta em nossa UBS. Entre os maiores problemas encontrados estão a falta de atendimento odontológico, a pouca cobertura de medicamentos para tratamento de corrimento vaginal e a dificuldade para realização de exames clínicos, já que não temos laboratório e as gestantes tem que recorrer a laboratórios particulares ou hospitais gerais. Mas, nossa equipe está trabalhando em conjunto com a direção do centro para aumentar a cobertura dos medicamentos mais usados e existe a proposta da implantação de um laboratório na unidade que permita o acesso das gestantes e obtenção dos resultados dos exames clínicos com mais rapidez. A equipe realiza atividades de educação em saúde, orientando quanto aos cuidados com a gestação, cuidado com as mamas, boa alimentação, importância de fazer os exames complementares, vacinação, descanso de oito horas ao dia, visita a odontologista e aleitamento materno. Também realizamos planejamento familiar, incentivando o uso de contraceptivos. Atualmente, temos 129 usuárias nesse programa e observamos que essas ações diminuíram o número de gestações não programadas.

Das 1283 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, apenas 654 são acompanhadas pela UBS para prevenção de câncer de colo de útero, o que representa uma cobertura de 51%. A mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais frequente. Na anamnese dirigida é importante investigar quando foi a última coleta do exame citopatológico e quando algum fator de risco é identificado, como por exemplo, a infecção pelo vírus HIV, fazer os encaminhamentos adequados. O rastreamento pelo exame citopatológico (Papanicolau) deve ser anual. No momento da consulta também é fundamental salientar a importância da realização do autoexame das mamas e, caso a mulher não saiba, é a oportunidade para ensiná-la. Ela deve ser orientada a solicitar sempre que o profissional de saúde examine as suas mamas e sensibilizada a manter a periodicidade das consultas ginecológicas. Nossa equipe trabalha em conjunto para não deixar de acompanhar mulheres com

exames alterados e conscientizar para a importância do controle e acompanhamento. Nas visitas domiciliares, reunimos a família para que possa apoiar a paciente no tratamento. O caderno de ações programáticas é uma ferramenta a mais para nosso trabalho na comunidade e permite fazer planejamento para melhorar os indicadores de nosso território, mas temos dificuldades com os equipamentos tecnológicos e atrasos com a realização da mamografia. Como estratégia de enfrentamento, estamos trabalhando em um projeto de intervenção com foco na da saúde da mulher, estimulando o autocuidado, o aumento da autoestima e sensibilizando para a importância da detecção precoce de patologias. Nas áreas descobertas realizamos ações de educação em saúde e acreditamos que esta estratégia de trabalho deve melhorar os indicadores de qualidade em nosso território em relação ao câncer de colo uterino.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Melitus (DM) são um dos principais problemas em nossa área de atendimento. Embora o acompanhamento de todos os usuários seja registrado em prontuário médico, onde se descreve a patologia e os procedimentos, a qualidade da atenção é deficitária. Temos muita dificuldade com a realização de exames de rotina, pois a oferta de vagas nos hospitais é pequena para a demanda e o tempo de espera é grande. A oferta de medicamentos básicos também é insuficiente e, frequentemente recorremos às plantas medicinais, especialmente para controle de HAS. Para melhorar a qualidade do acompanhamento, indicamos interconsultas com especialistas, como oftalmologistas e cardiologistas e realizamos projetos de intervenção em conjunto para evitar complicações cardiovasculares e renais. Também realizamos ações de saúde em uma escola que fica dentro do território, onde fazemos atividades preventivas sobre a importância dos exercícios físicos e dieta saudável, incentivando a redução do consumo de sal e alimentos gordurosos. A cobertura para HAS está em 57%, para um total de 537, e para DM 55%, sendo 167 residentes na área da UBS. Esses índices são muito baixos e estamos trabalhando para cadastrar a população e melhorar os indicadores. Entre as atividades realizadas estão a busca ativa através de visitas domiciliares, incluindo as áreas descobertas; campanhas de saúde para rastreamento e detecção de diabéticos através do teste de glicemia; palestras informativas para divulgar os sintomas da doença, aumentar o conhecimento da população para os fatores de riscos e auxiliar no controle da doença após o diagnóstico; incentivo para melhorar a

qualidade de vida através da mudança de hábitos alimentares. Toda a equipe participa das atividades tanto para melhorar a cobertura como a qualidade do acompanhamento.

O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 193, sendo a cobertura de 62%. Ainda temos pessoas idosas sem cadastrar em nosso território e nas áreas descobertas e buscamos nas reuniões de equipe, estratégias para melhorar essa situação. Os ACS realizam um papel fundamental, já que muitos moram no território conhecendo as pessoas que entram e saem das comunidades. A qualidade do atendimento à pessoa idosa ainda não é completa, porque temos dificuldade com a realização dos exames como mencionado nos outros programas. Alcançamos metas de vacinação do idoso como preconizado pelo Ministério da Saúde, mas não temos um atendimento integral e uma avaliação global da pessoa idosa na UBS, pois nem todos os profissionais estão envolvidos neste processo. Embora o atendimento desses usuários seja registrado nos prontuários médicos, permitindo maior controle e acompanhamento das enfermidades crônicas, não temos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas em risco ou situação de vulnerabilidade. No nosso trabalho, temos a responsabilidade de aumentar o conhecimento da família e das pessoas idosas e, através de atividades de educação em saúde, incentivar mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis. Toda a equipe de saúde tem um papel fundamental na promoção de grupos educativos entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária. Também realizamos busca ativa, visitando toda a população idosa para fazer rastreamento, controle das doenças e fatores de risco bem como palestras educativas nos espaços da comunidade como escolas e igrejas.

A promoção de atividades de educação em saúde é fundamental para prevenção de agravos, como o incentivo a realização de atividades físicas individuais e coletivas para o controle de peso; campanhas para o controle de doenças crônicas não transmissíveis; prevenção de cáries com a escovação adequada; utilização de alimentos nutritivos e prevenção de gestação em adolescentes, através de atividades educativas nas escolas. Para que essas ações aconteçam é necessária à atuação da UBS junto à comunidade, bem como a busca de apoio de todos os setores da comunidade no intuito de preservar os princípios do

SUS. Acredito que este é só o início de um caminho longo que se precisa percorrer para ofertar um atendimento de qualidade à população, mas que pode ser alcançado com o esforço de todas as equipes e dos gestores da saúde.

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

Fazendo uma análise comparativa com o texto inicial e este relatório, vejo que agora temos todas as ferramentas para realizar nosso trabalho diário planejando em conjunto as ações em saúde e realizando planos de intervenção para melhorar os indicadores de saúde da população. Temos motivação e vontade para auxiliar a população nas modificações do estilo de vida, promovendo mudanças a curto, médio e longo prazo, priorizando as questões mais fundamentais e garantindo saúde de forma geral, contemplando os aspectos psíquicos e somáticos. Agora temos um conhecimento mais consolidado através de um sistema de estudo que nos permite vincular o aprendizado a nossa realidade e um grande desafio nas mãos, que é reunir esforços para modificá-la.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Em todo caminho pela vida temos três etapas fundamentais: procriação, nascimento e desenvolvimento/envelhecimento, este último é um processo fisiológico onde acontecem muitas mudanças psicológicas e anatômicas - onde o ser humano como biopsicossocial tem que ter uma melhor preparação e um melhor controle em todos os aspectos de sua vida. (BRASIL, 2011). Por isso é necessário fazer um bom planejamento de intervenção envolvendo não só as pessoas que trabalham na atenção básica de saúde como a equipe de trabalho. É muito importante trabalhar olhando as ações programáticas do controle da saúde no idoso, trabalhando na prevenção e controle das enfermidades crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes mellitus. A família que em toda sociedade tem um papel fundamental como núcleo primordial em um bom acompanhamento com o idoso. Pois muitas pessoas idosas ficam com doenças crônicas que precisam de cuidado com medicamentos e uma boa alimentação, ajudando também na realização de exercícios físicos dentro das possibilidades de cada pessoa.

Na Unidade Básica de Saúde Brasil Novo, na entrada da UBS os banheiros não têm espaços para entrada de cadeira de rodas. A Unidade não tem consultórios com sanitário. Todas as salas têm janelas e portas, as mesmas são de madeira, a iluminação é bastante boa assim como a ventilação, as paredes internas são laváveis e os pisos são lisos, tem apenas dois banheiros que são pequenos e sem espaço para cadeira de rodas para pacientes que necessitem de usar o banheiro. Os espaços de espera são adequados, têm cadeiras adequadas que ficam perto dos consultórios, com espaços para acomodar 45 pessoas por dia. A Equipe de Saúde da Família é formada por recepcionista, pessoa que cuidam do posto, responsável pelos medicamentos, auxiliares de limpeza, psicólogos, pediatras, nutricionista,

ginecologistas. A equipe trabalha em uma unidade perto da comunidade, ficando uma equipe pela manhã e outra à tarde. Na UBS a estrutura é pequena com sala de espera para dez pessoas sentadas, tem uma área de curativo e injeção com uma cadeira de rodas, tem uma sala de atendimento ginecológico com banheiro, um consultório com ar condicionado, mas sem paredes completas até o telhado. Em nossa unidade são duas equipes de saúde, com população de 3024. Cada equipe com seis agentes comunitários, cada um deles tem 150 famílias, as duas equipes ficam com áreas descobertas, sem agente comunitário, mesmo assim prestamos todo tipo de serviço a essa população.

Nossa população alvo é o idoso, a maioria deles tem doenças crônicas onde nossa tarefa é melhorar em todos os aspectos como controle, prevenção, mudança de estilos de vida, além de proporcionar um acompanhamento odontológico em outras unidades de saúde. Nosso objetivo de trabalho é buscar 248 idosos para atingir 80% de cobertura em nossa área de abrangência. Já que temos uma baixa cobertura na população alvo em estudo, temos como desafio melhorar os aspectos da atenção a saúde nessa população, com maior controle, realizando visitas domiciliares periódicas e monitoramento de todos os fatores de risco dessas pessoas. O trabalho é realizado por duas equipes de saúde com palestras nas comunidades falando da importância do cuidado geral com alimentação, exercício físico, descanso, orientação para tomar a medicação, controle das doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial que são as duas doenças mais frequentes. Nas visitas domiciliares fazemos dinâmicas em grupos, com toda a família, falamos da importância do grande apoio que precisam, já que pelo processo de envelhecimentos as capacidades funcionais diminuem grandemente como a visão, audição e a força muscular. Tudo descrito relacionado a nossa área de abrangência, na saúde do idoso é muito importante para a intervenção, já que aumentando a educação em saúde nesse grupo da população, passará a ter um melhor controle e aumento da qualidade de vida. Com ajuda de todos na intervenção vamos fazer o possível para que se realize um bom trabalho. Os idosos acamados e com deficiências motoras que não podem caminhar, a equipe em conjunto com o Núcleo de Apoio da Família (NASF), fará visita domiciliar para melhorar os problemas musculares e ósseos.

As principais dificuldades a vencer, são ter todos os idosos cadastrados e com controles das doenças crônicas como hipertensão e diabetes, monitoramento e

controle de todos os acamados, com visitas domiciliares periódicas e que todas as famílias interiorizem a importância do cuidado com as pessoas idosas. Outra dificuldade é fazer com que 100% das pessoas idosas não fiquem com impedimento físico, possam fazer exercícios físicos, mudanças nutricionais. Uma das limitações fundamentais para nossa área de abrangência é atendimento odontológico, já que não temos esse serviço em nossa unidade básica. Realizaremos um trabalho em conjunto para visitar a totalidade da população, cadastrando e detectando todos os problemas de saúde, trabalhando fundamentalmente na prevenção de alguns dos fatores. Pretendemos que, com nossa intervenção, a saúde dessa população alvo melhore.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Brasil Novo, Macapá/Amapá.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

- Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Brasil Novo, no Município de Macapá AP. Participarão da intervenção 248 idosos da área de abrangência da UBS. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16

semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

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%.

Monitoramento e avaliação

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

Fazer o cadastramento de usuários idosos mensalmente, pela enfermeira nas reuniões de equipe, em conjunto com os agentes comunitários de saúde e médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos

A médica e enfermeira farão o monitoramento nas reuniões de equipe mensal, para que todo o idoso de nossa área de abrangência tenha sido cadastrado 100%. Verificar a pressão arterial em todo paciente maior de 60 anos que compareça a UBS, por qualquer motivo e realizar hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135-80mmhg.

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

Disponibilizar as fichas de registro de usuários idosos na UBS, para que todos os profissionais da equipe possam realizar o preenchimento das mesmas, a qualquer hora do dia, para que todos os pacientes cadastrados no programa estejam com as informações na ficha espelho. Também será solicitada ao gestor a impressão das fichas em quantidade suficiente para o cadastramento do paciente.

Ação: Atualizar as informações do SIAB

Fazendo busca ativa dos mesmos nos bairros, nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares, por toda equipe. E manter contato com o sistema de informação da Secretaria de Saúde.

Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde

O programa será divulgado na rádio local e também nos carros de som da área de abrangência, assim como será colocado cartazes na sala de espera. Todos os profissionais da UBS, incluindo os ACS farão a divulgação durante as consultas e visitas domiciliares, palestras educativas na comunidade, sobre conhecimento e importância do seguimento adequado dos idosos na unidade básica de saúde.

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

Toda a equipe utilizará a rádio local e os carros de área de abrangência, além de outros espaços públicos para programar medidas que priorizem a educação em saúde informando a população sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

A médica e enfermeira organizarão e realizarão planejamento de capacitação para um melhor acolhimento aos idosos, em reuniões de equipe semanal.

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

A médica e enfermeira capacitarão os ACS na primeira semana de intervenção, para que seja realizado o cadastramento dos pacientes de forma organizada e todas as informações estejam preenchidas na ficha do programa. Facilitar a capacitação das ACS da equipe na busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

A capacitação da equipe será realizada pela enfermeira, com palestras educativas sobre a abordagem do programa de atenção ao idoso e identificação de fatores de riscos associados ao envelhecimento.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os pacientes idosos pelos profissionais semanalmente. O monitoramento será realizado pela médica em que serão repassados os dados nas reuniões de equipe semanalmente. A médica fará o monitoramento semanal da realização do exame clínico de pacientes idosos e procurará espaços na UBS para fazer exame clínico com qualidade aos idosos.

Organização e gestão do serviço

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

Toda a equipe vai verificar diariamente se os recursos necessários estão completos para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

O médico fará a capacitação aos demais membros da equipe e durante as reuniões serão definidas as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Engajamento público

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

Toda a equipe facilitará palestras aos pacientes idosos e da área de abrangência em geral sobre a importância da realização das avaliações e a importância de realizá-la na unidade de saúde.

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

Toda a equipe orientará, mediante palestras educativas, os usuários idosos e da área de abrangência em geral, a necessidade de realizar o exame clínico de qualidade. Realizaremos palestras educativas aos usuários idosos da área de

abrangência sobre a importância da realização dos exames complementares de acordo com o protocolo de atenção a pessoa idosa. Orientaremos os pacientes idosos e área de abrangência sobre o uso adequado de medicamentos e evitar a automedicação; o uso adequado de medicamentos nos usuários idosos e direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Orientaremos a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; a disponibilidade de visita domiciliar para os pacientes idosos que apresentem problemas de locomoção e acamados; os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis; atendimento odontológico prioritário de usuários idosos e sua importância para saúde; a necessidade da realização de exames bucais.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira capacitarão a equipe através de cursos sobre o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

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

Nas reuniões de equipe que são realizados semanalmente, a médica e enfermeira treinarão a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Nas reuniões de equipe que são realizadas semanalmente, serão abordadas as dificuldades e facilidades encontradas no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, buscando que seja feito o aprimoramento e troca de experiências. Capacitaremos a equipe da Unidade Básica Saúde para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

Garantiremos espaços na UBS e na área de abrangência para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) com o objetivo de realizar o cumprimento da periodicidade das consultas como está previsto no protocolo, garantindo a realização de exames indicados. E a médica e enfermeira irão monitorar, durante as consultas, a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

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

Garantiremos nas reuniões de equipe semanalmente, o acolhimento dos idosos pelos trabalhadores de saúde da UBS, definindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

A equipe garantirá espaços na unidade e visitas domiciliares para fazer exame clínico apropriado dos idosos, bem como a busca ativa dos que não realizaram.

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

Toda a equipe garantirá agendamento para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Nas consultas e visitas domiciliares a médica e enfermeira, garantirão a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento público

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

Durante as visitas domiciliares e reuniões na comunidade, toda a equipe, orientará a comunidade do nosso território, informando que temos um programa de atendimento à saúde do idoso e quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e

neuroológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

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

Nas reuniões de equipe, a médica e enfermeira capacitarão toda a equipe para realização de exames clínicos apropriado.

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

Nas reuniões de equipe, a médica e enfermeira capacitarão toda a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

Durante as consultas, a médica e enfermeira, irão monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Durante as consultas, a médica e enfermeira, irão monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantiremos, durante as consultas, a solicitação dos exames complementares.

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

Em reunião de equipe, em conjunto com a direção da Unidade Básica, solicitar ajuda para garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

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

Toda a equipe realizará monitoramento da qualidade dos registros de pacientes idosos acompanhados na unidade de saúde semanalmente para estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Serão dadas informações necessárias, durante as visitas domiciliares, em conjunto com a equipe de trabalho, a toda a comunidade e pessoas idosas sobre a importância da realização dos exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientarmos a todos os pacientes idosos e comunidade, nas visitas domiciliares e consultas, quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira capacitarão a equipe para seguir o protocolo da UBS para solicitar os exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

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

Nas visitas domiciliares e nas consultas, a equipe irá monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

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

Estabeleceremos um sistema de registro que viabilize as informações dos medicamentos indicados, pactuando com a equipe o registro dos medicamentos e seu controle, assim como definir o responsável, em reunião, para este controle.

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

A enfermeira realizará o monitoramento e controle dos medicamentos, com pedido semanal, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público

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

Garantiremos e ofertaremos aos pacientes, da área de abrangência, orientações precisas sobre seus direitos em relação a acesso aos medicamentos e farmácias populares. Toda a equipe e ACS informarão aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão, para toda a equipe, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

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

A médica e enfermeira capacitarão a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

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

Realizaremos rastreamento e levantamento de todos os idosos acamados informando semanalmente sua situação a equipe, durante as reuniões semanais.

Organização e gestão do serviço

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

Todas as informações de atendimentos serão acrescentadas na ficha e prontuário médico, para um melhor controle e organização do trabalho. A enfermeira da equipe revisará todos os registros de agendamento de consultas e acompanhamento dos idosos nos últimos três meses, localizando os prontuários que estão organizados por áreas, onde trabalham os agentes comunitários.

Engajamento público

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

Informaremos toda a comunidade sobre a existência de um Programa de Atenção ao Idoso, através dos agentes comunitários e nas palestras, sobre o funcionamento da mesma.

Qualificação da prática clínica

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

A médica capacitará os ACS, buscando ampliar e dar continuidade aos segmentos do Programa de Atenção a Saúde do idoso, buscando mais pacientes por meio de visitas domiciliares organizadas dos ACS juntamente com as técnicas de enfermagem.

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

Monitoramento e avaliação

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

Garantiremos espaços na UBS e na área de abrangência da mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) em visitas domiciliares para idosos acamados seguindo os protocolos. A médica e enfermeira, irão monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço

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

Toda a equipe, organizará a agenda das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção para atender a demanda do Programa de Atenção a Saúde do idoso.

Engajamento público

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

Garantir espaços de participação comunitária, para informar sobre a importância de realização das visitas domiciliares, principalmente nos espaços da comunidade como igrejas e outros centros. Informando que existe uma equipe de trabalho que visita todas as pessoas idosas em casa.

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

Nos espaços da comunidade como igrejas e outros centros, nas salas de espera e consultas, toda a equipe orientará a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Qualificação da prática clínica

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

A enfermeira e médica realizarão cursos de treinamentos para os ACS, seguindo o Caderno de Atenção Básica nº 19 para ofertar uma orientação de qualidade a nossa população idosa quanto a realização das consultas e sua periodicidade, orientando sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

A médica e enfermeira orientarão os ACS, por meio de capacitação e nas reuniões de equipe, a fazerem o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Meta 7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Toda a equipe, realizará monitoramento e avaliação detalhada de todos os idosos hipertensos e garantiremos que tomem medicamentos, controlando o fator de risco, a cada seis meses nas consultas e em domicílio.

Organização e gestão do serviço

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

Toda a equipe oportunizará espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como portadores de HAS. Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar a estes pacientes.

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

A equipe se responsabilizará pela realização de monitoramento e manutenção dos equipamentos. Comunicando a gestão sobre as condições ou a falta dos mesmos.

Engajamento público

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

Manteremos acompanhamento regular, durante as consultas e triagens para evitar complicações. A equipe promoverá ações com os usuários na UBS e na comunidade para que estes sejam motivadores na ampliação do conhecimento de níveis de riscos.

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

Desenvolveremos os grupos de pacientes idosos mensalmente explicando a importância do acompanhamento dos fatores de risco. Programaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de pessoa idosa) para haver a diminuição à exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de capacitação para toda a equipe para adquirir os conhecimentos adequados referentes à verificação da pressão arterial e o uso adequado do manguito.

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

Monitoramento e avaliação

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

Garantiremos espaços na UBS e na área de abrangência para realização do controle de todas as pessoas idosas com pressão arterial maior que 135-80 mmHg, e a enfermeira irá monitorar o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM

Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como portadores de DM. Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar a estes pacientes.

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

Nas reuniões de equipe, discutiremos e responsabilizaremos toda a equipe para a realização do hemoglicoteste, garantindo material adequado.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador do idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Organizaremos nos registros todas as informações do diabético que precisar realizar hemoglicoteste supervisionado diretamente pela enfermeira.

Engajamento público

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

Toda a equipe realizará palestras, na comunidade, nas visitas domiciliares e nas salas de espera, aos pacientes idosos da área de abrangência quanto a

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

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

Capacitar toda a comunidade, em palestra sobre conhecimento de como evitar os fatores de risco, com a participação de toda a equipe diretamente interagindo coletivamente e individualmente nas visitas domiciliares e espaços abertos, como igrejas.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira facilitarão cursos de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e realização do hemoglicoteste, solicitando exames complementares, seguindo protocolo adotado.

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

Monitoramento e avaliação

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

A equipe realizará avaliação e rastreamento da saúde bucal de todos os idosos acompanhados na Unidade Básica de Saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde

Oportunizaremos espaços de atendimento nas visitas domiciliar, para priorizar o atendimento dos pacientes e consulta avaliando saúde bucal e colocando em prontuário médico. Garantiremos o atendimento priorizado a pacientes idosos de maior risco.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde

Realizaremos cadastramento de todos os idosos, com ajuda da equipe e dos ACS nas visitas domiciliares.

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

A equipe irá garantir o atendimento prioritário a pacientes idosos de maior risco.

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

A equipe, nas reuniões organizará a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Engajamento público

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

A equipe manterá acompanhamento às ações promovidas, com os participantes, para que estes sejam motivadores na ampliação do conhecimento de saúde bucal. Desenvolveremos os grupos de pacientes idosos mensalmente explicando a importância do acompanhamento saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de capacitação as equipes sobre atualização odontológicas preventivas e tratamento clínico odontológico.

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

Monitoramento e avaliação

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

Realizar avaliação e monitoramento a todos os idosos da área de abrangência. Verificação da classificação de risco em visitas domiciliares pelos ACS e técnicas de enfermagem e nas consultas pela enfermeira e a médica, monitorando número de idosos que precisem de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Encaminharemos através de referência o idoso para atendimento odontológico em outras unidades básicas de saúde.

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

Organizaremos registro para ter conhecimento se as pessoas idosas fazem atendimento odontológico, planejaremos visitas a unidades básicas junto com ACS e equipe.

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

A equipe organizará o atendimento e a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

A equipe garantirá prioridades de atendimento odontológico para fazer tratamento, informando em reuniões os faltosos e os que já fizeram tratamento monitorado pelo médico e enfermeira de equipe

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

A equipe nas reuniões na comunidade e nas consultas informará a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

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

Toda a equipe promoverá educação em saúde (rodas de conversa com grupos de pessoas idosas). Garantiremos locais na UBS e nos bairros para realização das atividades (consultas, educação em saúde).

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

Organizaremos, nas reuniões de equipe, palestras para a comunidade, para conhecer a opinião dos idosos para atendimento odontológico. Orientar os idosos e a comunidade com problemas odontológicos a procurar atendimento.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de treinamentos aos ACS, seguindo o Caderno de Atenção Básica nº 19 para ofertar uma orientação de qualidade a nossa população idosa em quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

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

A enfermeira capacitará a equipe, nas reuniões da unidade, para definir a periodicidade das consultas, realização do cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Nas reuniões da unidade, a médica e enfermeira realizarão cursos de treinamentos dos ACS, para ofertar uma orientação de qualidade e captação da população idosa.

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

Em nossa unidade não temos consulta odontológica programática para idosos, assim verificaremos a disponibilidade de capacitação aos cirurgiões dentistas das unidades de referência.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Toda a equipe, nas visitas domiciliares e nas consultas, irá monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizaremos e envolveremos toda a equipe nas visitas domiciliares para a busca ativa dos pacientes faltosos.

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

Registraremos o monitoramento dos idosos provenientes das buscas das visitas domiciliares, em um livro onde esse controle será feito pelos ACS, enfermeiras e médica.

Engajamento público

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

Orientar os idosos e a comunidade, em palestras nas igrejas, sobre a importância da realização das consultas.

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

Orientar em palestras públicas os pacientes idosos e seus familiares sobre a importância das consultas e debater sobre estratégias para melhor ofertar os atendimentos, ouvindo da comunidade as estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

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

Nas palestras nas comunidades e nas visitas domiciliares, toda a equipe orientará os idosos e a população sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de capacitação para os ACS, dando orientações corretas quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Nas reuniões de equipe, definiremos a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

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

A enfermeira realizará capacitação, em reuniões semanais, a equipe para monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Manter registro específico de 100% das pessoas idosas, com todas as informações, atualizando e controlando-o semanalmente nas reuniões de equipe e no SIAB.

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

A equipe distribuirá a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrado e a enfermeira auxiliará a equipe na implantação da planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Organizar e planejar com a equipe o controle dos registro das informações, pela enfermeira, nas reuniões de equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Garantir em reuniões, o controle dos registros pela enfermeira e garantir semanalmente o monitoramento da avaliação do programa.

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

Nas reuniões de equipe, a enfermeira organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Engajamento público

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

Toda a equipe, nas reuniões com a comunidade, garantirá e ofertará aos pacientes da área de abrangência, orientações precisas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira capacitarão a todos os integrantes da equipe, quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas. Usaremos os meios

necessários, como os vídeos que expliquem o preenchimento correto dos registros para acompanhamento do paciente idoso.

Meta 2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação

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

A enfermeira irá monitorar a qualidade dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e gestão do serviço

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

Toda a equipe, nas reuniões, solicitará do gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento público

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

A equipe garantirá e ofertará aos idosos, da área de abrangência, orientações sobre a importância de estar com a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira usarão os meios necessários, como colocação de vídeos que expliquem o correto preenchimento dos registros para acompanhamento do paciente idoso. Capacitaremos todos os integrantes da equipe quanto ao preenchimento da Caderneta de Saúde do Idoso.

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

Meta 1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação

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

A enfermeira e as técnicas de enfermagem irão monitorar e avaliar, durante a triagem e consultas, o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

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

Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de maior risco de morbimortalidade.

Engajamento público

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

Toda a equipe realizará palestras aos pacientes idosos e comunidade sobre envelhecimento coletivo, individual, patológico. Programaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de pessoa idosa, para obter a diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis, orientando uma alimentação saudável e realização de exercício físico). Garantiremos locais na UBS e no bairro para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos), para atendimento adequado dos pacientes com risco de doenças crônicas não transmissíveis. Esclarecendo aos pacientes idosos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de capacitação, durante as reuniões, a toda equipe para adquirir os conhecimentos adequados referentes a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

Monitoramento e avaliação

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

A enfermeira, durante as consultas, monitorará o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Toda a equipe, na UBS, dará prioridade ao atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Engajamento público

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

Toda a equipe, na sala de espera e nas visitas a comunidade, orientará os pacientes idosos e seus familiares sobre a importância de acompanhamento frequentes aos idosos fragilizados.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira semanalmente, garantirão, a toda equipe, atualização dos conhecimentos para poder identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice.

Meta 3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

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

Como propostas de regra nas reuniões de equipe de trabalho, realizaremos as atividades encaminhadas de monitoramento de avaliação das redes social em todos os idosos.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Toda a equipe garantirá o monitoramento das deficiências das redes social, com acompanhamentos semanais.

Organização e gestão do serviço

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

Estabelecer, durante as reuniões de equipe, o papel de cada membro da equipe nas questões de facilitar o agendamento a visitas domiciliar a idosos, priorizando aquelas que tenham deficiências nos atendimentos das redes sociais.

Engajamento público

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

Toda a equipe organizará palestras em lugares públicos como igrejas e comunidades, sobre como acessar o atendimento prioritário. Também garantirá informação com ACS, enfermeira e médico nas visitas domiciliares, colocando informação certa de como obter o atendimento prioritário na unidade de saúde.

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

Faremos palestras em locais públicos como escolas, igrejas e grupos, para toda a comunidade, priorizando estimular a socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira organizarão, nas reuniões de equipe semanais, capacitações para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

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

Toda a equipe irá monitorar durante as consultas e atividades na comunidade, a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

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

A médica e enfermeira motivarão a equipe a aumentar os conhecimentos para uma realização da alimentação saudável e exercício físico para depois orientar os idosos obesos e desnutridos, através de medidas antropométricas como tamanho, peso corporal, para poder fazer avaliação nutricional dos idosos que precisem de atendimento especializado.

Organização e gestão do serviço

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

A médica e enfermeira, nas reuniões de equipe semanais, estabelecerão o papel de cada membro da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares

saudáveis, buscando folders, cartazes e materiais didáticos, sobre estilos de vida saudáveis para fixar na sala de espera e enfatizar na necessidade de cada membro da equipe realizar atividades de promoção à saúde.

Engajamento público

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

Toda equipe se comprometerá a orientar os pacientes idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizará capacitação para a equipe sobre alimentação dos idosos com patologias associadas, revisando com a equipe o "Guia alimentar para a população brasileira" e fazendo atualizações sobre orientação nutricional os idosos de acordo com "Dez passos para a alimentação saudável".

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

A médica e enfermeira realizará capacitação a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

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

A médica e enfermeira irão monitorar a equipe na orientação das pessoas idosas na realização de exercícios físicos regular.

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

A equipe vai monitorar através dos registros o número de idosos que fazem atividade física de forma regular.

Organização e gestão do serviço

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

Nas reuniões de equipe planejaremos com o NASF, para dar apoio a equipe na orientação as pessoas idosas de como realizar exercícios físicos.

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

A equipe organizará projetos para realização de atividade física buscando apoio dos gestores municipal, monitorando os idosos que possam realizar exercícios físicos.

Engajamento público

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

Organizaremos palestras educativas e motivaremos a comunidade idosa na importância da realização de atividade física regular, para melhoramento da saúde geral com prévia orientação do professor de educação física, para realização das atividades, controladas por ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizará cursos de capacitação com a equipe de como orientar os idosos na realização de atividade física regular. Contaremos com o apoio do NASF.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

A enfermeira realizará monitoramento das atividades educativas individuais durante as consultas e aproveitará todos os espaços como visitas domiciliares e sala de espera.

Organização e gestão do serviço

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

A médica e enfermeira garantirão e capacitarão a equipe de saúde com a finalidade de organizar tempo médio de consultas para orientações individuais e domiciliares, envolvendo os familiares para um melhor cuidado.

Engajamento público

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

A equipe oferecerá orientações de higiene bucal e de prótese dentária semanalmente, para os idosos da área de abrangência.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira realizarão cursos de capacitação as equipes para melhorar o conhecimento sobre a higiene bucal e próteses dentárias. Será programado com os odontólogos que possam realizar esses cursos de capacitação para a equipe.

2.3.2 Indicadores

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Meta 2: 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. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

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

Indicador 3. 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 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 6. 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 8. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 9. 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 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 10. 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 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 12. 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

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 13. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/ espelho em dia.

Numerador: Número de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15. Proporções 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 17. Proporções 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

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

Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

Meta 20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Os agentes comunitários complementarão o cadastramento de todas as pessoas idosas, entregando as cadernetas e atualizando seu estado de saúde atual e as demais condições ambientais onde moram. Serão preenchidas as fichas relatando a pressão arterial e monitoramento de glicemia, valores antropométricos

como tamanho e peso corporal, para realização da avaliação nutricional, este acompanhamento será feito pela enfermeira e médica mensalmente.

Para que nosso trabalho tenha efeito, informaremos a toda comunidade sobre a importância do estudo para esse grupo populacional e sobre a prevenção dos fatores de risco para evitar complicações das doenças. Esta ação será monitorada pela equipe de trabalho, enfermeira, ACS e médica, semanalmente em parceria com a comunidade. Todas as informações dadas à comunidade serão feitas em palestras, monitoradas pelo ACS, enfermeira e médica e avisadas com antecedência à comunidade para que haja uma maior participação dos usuários. As ações serão registradas em uma ficha espelho, as informações serão registradas em fichas contendo dados como nome completo, idade, sexo, fatores de risco incluindo álcool, fumo, ingestão de comida gordurosa, realização de exercício físico e saúde bucal.

Nas reuniões de equipe atualizaremos tudo relacionado com a saúde dos idosos, monitorado pela médica e enfermeira. Nas visitas domiciliares que os ACS realizam, todos os dias junto com a equipe de trabalho, buscará de forma ativa os idosos que não tenham acompanhamento controlado em cadernos, fichas e prontuários médicos. Essa capacitação será feita semanalmente pela médica e enfermeira, para qualquer dúvida que a equipe tenha.

As pessoas idosas que buscam atendimento e realização de exames clínicos serão recebidas pela técnica de enfermagem, após triagem os que seguirem com problemas agudos ou não, o atendimento será feito no dia ou em até três dias com consulta agendada e se precisar de atendimento rápido faremos visitas domiciliares buscando dar solução a seus problemas. O monitoramento de todas essas ações será feito pela técnica de enfermagem e ficarão controladas nos prontuários e fichas. A médica realizará controle de todos os pacientes, fazendo um exame clínico epidemiológico, avaliando todos os aspectos e colocando na caderneta e prontuários médicos, além das palestras quinzenais em que orientaremos toda a população sobre a importância do cuidado bucal, onde os ACS, enfermeira, médica fará um papel muito importante envolvendo a toda a população, supervisionados pela enfermeira e médica semanalmente.

Em nossas reuniões de equipe atualizaremos os conhecimentos sobre o protocolo de Atenção a Saúde dos idosos editados pelo Ministério da Saúde no ano de 2012. Para atualizar os conhecimentos de como orientar as pessoas idosas para

que possam fazer os exames laboratoriais indicados, ampliar as informações necessárias para o cuidado da pessoa idosa detectando os sintomas e sinais dos transtornos circulatórios e neurológicos. Nas consultas registraremos o exame físico colocando nos prontuários médicos todo exame físico realizado. Isso se realizará diariamente em cada consulta, para os pacientes que tenham dificuldade para locomoção realizaremos a ação nas visitas domiciliares, levando os prontuários das pessoas idosas.

Todos os dados serão registrados na Planilha de Coleta de Dados e na Ficha Espelho, também registraremos todas as informações dos resultados dos exames nos prontuários médicos e cadernetas do idoso, os ACS realizarão o controle, em seu caderno, dos idosos que não fizeram os exames, dos acamados e com dificuldade de locomoção, enfermidades crônicas e que necessitem de saúde bucal. O monitoramento será feito pela enfermeira, avaliando a necessidade de encaminhamento para a realização de exames complementares em outra unidade, pois na nossa unidade não tem laboratório clínico. As orientações para a realização de exames clínicos acontecerá nas consultas e visitas domiciliares, através de panfletos, palestras e revistas. A ESF receberá o treinamento antecipadamente nas reuniões semanais de equipe, para buscar estratégias de trabalho buscando solucionar os problemas. A enfermeira coordenará a reunião de encontro com gestor municipal para solucionar e executar os encaminhamentos.

Faremos o controle dos medicamentos nos prontuários diariamente e nos cadernos dos ACS durante as visitas domiciliares, registrando os mais utilizados por patologia, para facilitar que sempre tenham garantidos todos os medicamentos. Será monitorado pela enfermeira e médica. Nas palestras com a comunidade quinzenalmente orientaremos sobre a garantia de todos os medicamentos para o controle da diabetes mellitus e hipertensão arterial e será monitorada por toda a equipe da unidade. Nas reuniões semanais a médica capacitará toda a equipe com atualização dos medicamentos usados para as patologias. A enfermeira levará para a farmácia da UBS quais são os medicamentos mais usados para o controle das patologias crônicas, para que a farmácia possa fazer o pedido de acordo com a demanda.

Com as visitas domiciliares diárias teremos um controle bem diferenciado de todas as pessoas acamadas, monitorado diretamente pelos ACS e tendo continuidade pela enfermeira e médica. Os idosos com problemas de locomoção, o

acompanhamento será feito pela enfermeira, médica e outros profissionais como psicólogos e nutricionista. Serão feitos o controle dos idosos acamado que precisem de atendimento do NASF. Todas essas informações serão acrescentadas na ficha e prontuários médicos. A enfermeira de nossa equipe revisará todos os registros de agendamento de consultas, acompanhamento dos idosos dos últimos três meses, localizando os prontuários que estão organizados por áreas, onde trabalham os agentes comunitários. Garantiremos a toda a comunidade, nas palestras a importância do programa e que temos uma equipe que visitará as pessoas idosas nas casas, tendo um monitoramento da equipe de saúde semanalmente. Nas reuniões de equipe serão planejadas palestras para uma informação precisa e uniforme. Organizaremos as prioridades para atendimento dessas pessoas.

Nas palestras, visitas domiciliares e consultas informaremos a toda à população maior de 60 anos, a importância do controle da pressão arterial e da diabetes, a médica, ACS, técnica de enfermagem e enfermeira controlarão esta atividade quinzenalmente. As técnicas realizarão triagem diariamente antes das consultas, colocando resultados nos prontuários médicos e cadernetas. Assim como planejaremos as áreas mais problemáticas, com idosos que tenham doenças crônicas interagindo direta e coletivamente para fazer mudanças e estilos de vidas mais saudáveis, controlado pelo médico e tendo o apoio do ACS.

Nas reuniões de equipe organizaremos como vamos realizar os exames bucais a todos os idosos na visita domiciliar e consulta, monitorado pelo médico semanalmente. Planejaremos as formas de executar as atividades com a comunidade, realizando palestras com a orientação de atenção da saúde bucal do idoso, fazendo promoção e prevenção das doenças bucais, toda a equipe será envolvida. Acordaremos com os odontólogos para capacitar a equipe sobre as principais doenças bucais para a prática diária. Pesquisaremos todos os idosos, escrevendo nos prontuários e caderneta sobre o exame bucal a cada seis meses e aqueles que tem problema será feito um registro priorizando atendimento com odontólogo, esta ação será monitorada nas reuniões semanais pela enfermeira. Após planejamento, os idosos que precisem de atendimento, será realizada busca ativa nas visitas domiciliares e consultas com o apoio do ACS, para o tratamento odontológico, as atividades serão registradas em prontuários e fichas pela médica e enfermeira. Faremos contato com outras UBS que tenham atendimento odontológico, para que os idosos possam ser avaliados pelo odontólogo. Os ACS

levarão para as reuniões, a lista dos idosos que tiverem o tratamento finalizado ou que necessitem de prioridade.

Através das informações sobre as deficiências de atendimento das redes sociais trazidas pelos ACS, sobre a população, faremos nas reuniões de equipe semanais, estratégias para o melhoramento dessas redes sociais dos idosos, alimentação saudável, prática de exercícios físicos e as demais ações desta intervenção. Contaremos com apoio do NASF nas atividades na unidade e na comunidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Buscamos aumentar nossa cobertura para 80% como meta. A equipe fez todo esforço possível, pois tivemos duas semanas com muita chuva em nosso território. Nosso projeto teve um bom desenvolvimento, pois a equipe tem muita motivação, união e vontade de trabalhar.

Nessas 12 semanas de cumprimento da intervenção, as ações previstas no projeto foram desenvolvidas corretamente por nossa equipe. Realizamos as ações de estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; Cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa; Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática dos idosos solicitando apoio para a captação dos idosos e para as demais estratégias que serão implementadas; Atendimento clínico dos idosos e busca ativa dos idosos faltosos às consultas; Monitoramento das ações da intervenção; Atualizar as informações do SIAB Verificar a pressão arterial a todo paciente maior de 60 anos que comparece a UBS, por qualquer motivo e realizar hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135-80 mmhg; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde e a sua importância; Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometro, Tabela de Snellen...); Capacitação para os profissionais da equipe; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares; Garantir a referência e contra - referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas

doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; acesso aos medicamentos da farmácia popular; identificar HAS e DM; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia; realizar o controle de estoque (incluindo validade); Manter um registro das necessidades de medicamentos; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual; Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Com uma cobertura de 100% dos 178 idosos cadastrados aumentando domínio e controle do idoso em nossa área de abrangência. A meta proposta foi de aumentar para 80%, buscamos cadastrar 248 idosos, alcançamos 80,3%. Dos 172 hipertensos cadastrados, 100% receberam avaliação multidimensional rápida, 100% fizeram exame clínico apropriado em dia, permitindo monitoramento e controle de fatores de risco para hipertensão e diabetes. No decorrer de nossa intervenção seguimos com 24 idosos com dificuldade de locomoção e acamado tendo 100% de seu controle, em que todos foram visitados por nossa equipe de saúde, em que houve verificação de pressão arterial e orientações necessárias para melhorar todos os aspectos relacionados com as doenças. Avaliamos risco de mobilidade a todos tendo 100% em exames físicos e 100% de avaliação para a fragilização na velhice. Conseguimos alcançar todas as metas de qualidade com 100%.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das dificuldades durante a intervenção foi com os atendimento odontológicos, pois na UBS não temos consultório odontológico e equipe de saúde bucal. Muitos idosos utilizaram o serviço particular. Definimos com o gestor municipal do programa odontológico o apoio necessário que necessitamos, mas não foi possível o cumprimento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No princípio apresentamos as dificuldades com a interpretação, mas com o transcurso do curso e com ajuda de nossa orientadora, facilitou muito fazer a

atividade em que continuamos com nosso projeto e com apoio da nossa equipe de saúde da família da UBS, dando continuidade ao projeto já estabelecido e implementado. Continuaremos tentando o envolvimento da outra equipe de saúde de nossa UBS no trabalho, para que seja realizado de forma integrada. Para o cálculo dos indicadores não tive dificuldades, o sistema foi bem estruturado, o que facilita o processamento de todas as informações, de forma rápida através do programa de Excel que de forma automatizada calcula e faz gráficos que ajuda a realização do trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Como prioridade do atendimento ao idoso, nosso projeto de intervenção fica incorporado aos serviços da UBS e a sua rotina diária, priorizando o controle ao idoso para melhorar qualidade de vida baseada na promoção e prevenção e monitoramento das doenças, garantindo um bom desenvolvimento da saúde e qualidade de vida deles. Continuamos trabalhando em todas as ações planejadas, as mesmas foram cumpridas e outras não foram cumpridas, mas com certeza continuamos fazendo todos nossos esforços para dar soluções possíveis e mais rápidas, neste caso atendimento especializado odontológico. Todos os profissionais envolvidos ficaram mais preparados e fortalecidos para dar continuidade ao projeto já estabelecido.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nosso projeto de intervenção foi realizado na UBS Brasil Novo, localizada no Bairro norte, chamado Brasil Novo, pertencente a zona norte do estado de Amapá, do município de Macapá, com uma população estimada de 3024 usuários, em nossa área de abrangência a estimativa é de 302 idosos, representando 10% da

população estimada, esses dados são estimativa através da planilha de dados fornecida pela Universidade Federal de Pelotas. Nosso objetivo foi melhorar a atenção ao idoso, incluindo atenção odontológica.

Organizamos nosso trabalho em conjunto com toda a equipe de saúde de nossa UBS, com um grande objetivo de melhorar em todos os aspectos a qualidade de vida da população idosa de nossa área de abrangência, começamos com recadastramento de todas as pessoas idosas, melhorando a organização de nosso trabalho, ampliando a cobertura do programa de saúde do idoso, além de melhorar a qualidade da atenção ao idoso em nossa unidade básica de saúde.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

Na intervenção tivemos como objetivo ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso, com proposta de alcançar 80% da população alvo. A área adstrita tem uma população estimada de 302 idosos. Começamos a intervenção cadastrando 62 (20,5%) idosos, à medida que avançamos no trabalho conseguimos melhorar o número de idosos cadastrados a cada mês, com a participação ativa de toda a equipe de saúde. No segundo mês cadastramos 143 (47,4%) idosos e no terceiro mês 248 (82,1%) ultrapassando a meta planejada de 80% de cobertura e buscamos alcançar 100%.

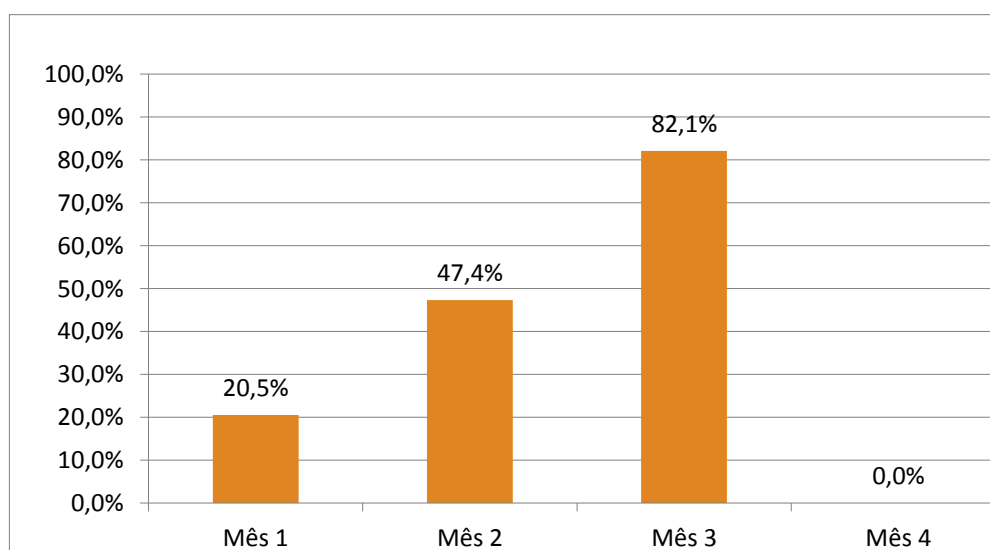


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Brasil Novo, Amapá/ Macapá.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

As ações de nossa equipe, para o alcance dessa meta, foi a organização do trabalho onde buscamos cadastrar todos os idosos de nossa área de abrangência. Para isso, todas as ACS, de forma organizada, cadastraram os idosos nas visitas domiciliares e informaram a comunidade sobre nosso projeto em saúde do idoso e da importância do mesmo para seu controle e acompanhamento, onde monitoramos nas reuniões semanais as atividades realizadas pelos ACS.

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.

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

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

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.

Nestes indicadores tivemos resultados conforme planejado, cumprindo com nosso objetivo, pois em nossa UBS realizávamos a Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado e exames complementares periódicos a todos os idosos.

A ação planejada para o alcance destas metas a todos os idosos foi nas consultas, onde avaliamos de forma íntegra, com bom exame clínico geral todos os idosos, além das visitas domiciliares, também realizamos avaliação para ter conhecimento geral do ponto de vista clínico, para detectar algum sinal de alerta tanto circulatório como nervoso, tudo isso foi com acompanhamento das ACS nas visitas domiciliares, o apoio dos familiares foi fundamental, pois levavam os idosos à consulta e os faltosos a equipe visitava em conjunto. Em relação à solicitação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo foi um indicador que cumprimos,

com a ajuda dos familiares que fizeram alguns exames particulares, ajudando de forma íntegra a melhorar e controlar a saúde do idoso.

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.

Não cumprimos com esta meta, mas isso não foi impedimento para que os idosos tivessem tratamento, já que a farmácia da UBS colocou tratamento indicado aos idosos, além da ajuda do familiar em comprar os medicamentos. No primeiro mês foi realizada prescrição de 50 idosos (80,6%), no segundo mês 95 idosos (66,4%) e no terceiro mês 172 idosos (69,4%), apesar da dificuldade todos os idosos tomaram os medicamentos para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

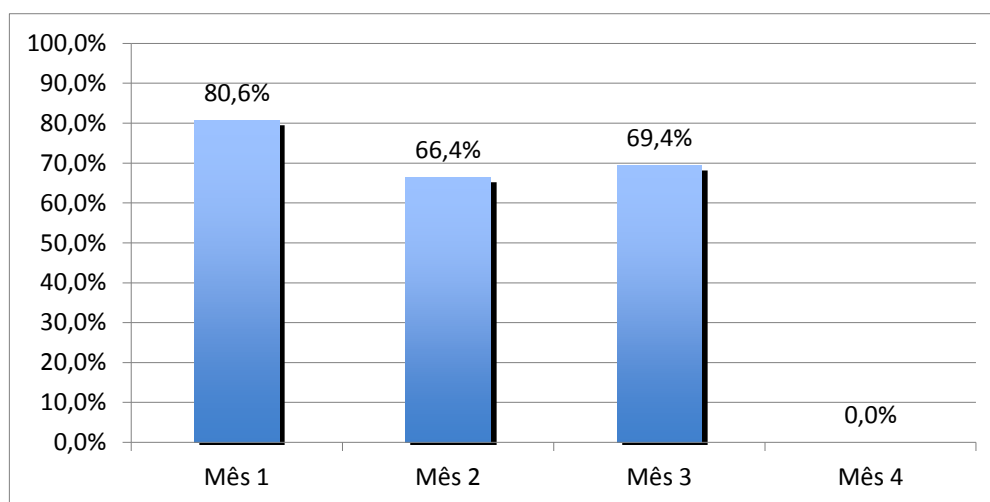


Figura 2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Brasil Novo Amapá / Macapá.

Fonte: Planilha de coleta de dados

As ações desenvolvidas por nossa equipe foi ter todo o controle dos usuários hipertensos e diabéticos e dos medicamentos que tomam para o controle de sua saúde, isso permitiu através de nosso gestor, garantir na UBS os medicamentos, a farmácia popular também nos apoiou quando não havia medicamentos na UBS. Não alcançamos a meta pela falta de medicação na UBS.

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.

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.

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

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

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.

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.

Em relação a estas metas foi prioridade na nossa intervenção garantir o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, realizar visita domiciliar aos idosos acamados, rastrear os idosos para HAS, rastrear os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM) e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conseguindo em todos os meses alcançar 100% dos idosos dando cumprimento a nosso objetivo proposto.

Depois de nossa organização para o começo da intervenção, nossa equipe já tinha identificado os idosos acamados, cadastramos todos e assim atualizamos os registros para um melhor acompanhamento, a todos os idosos com problemas de locomoção e os acamados, nas visitas domiciliares, realizando também avaliação da necessidade de atendimento odontológico e atendimento médico. Na sequência realizamos as visitas domiciliares, buscando o controle de todos, com acompanhamento e avaliação, também com apoio da família. Fizemos encaminhamentos para as especialidades como neurologista e cardiologista, com contra referências dos especialistas. Durante as consultas e nas visitas domiciliares, as técnicas de enfermagem tomaram pressão arterial de todos os idosos, um dos exames clínicos importantes, anotando nos prontuários e nas fichas de espelho.

Depois de ter identificado todos os hipertensos com pressão sustentada 135/80, realizamos o monitoramento, através de nossas técnicas de enfermagem, com glicômetro e realizamos a glicemia em jejum, registrando tudo nos prontuários médicos.

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

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

Esta meta não foi cumprida em nossa UBS, pois a nossa realidade é que não temos consulta e não temos odontólogo. Além disso, a UBS que fica mais perto da nossa comunidade dificulta atendimento especializado, já que só fazem extração e muitos de nossos idosos precisam de próteses. A enfermeira e eu visitamos o gestor municipal de odontologia para que facilitasse nosso atendimento com parceria do carro, mas não foi possível.

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.

No primeiro mês foram 43 idosos (93,5%) faltosos que receberam busca ativa, já no segundo mês aumentamos busca ativa a 60 idosos (100%) e no terceiro mês a 67 idosos (100%), educando a todos sobre a importância de não faltar à consulta, para seu controle de saúde.

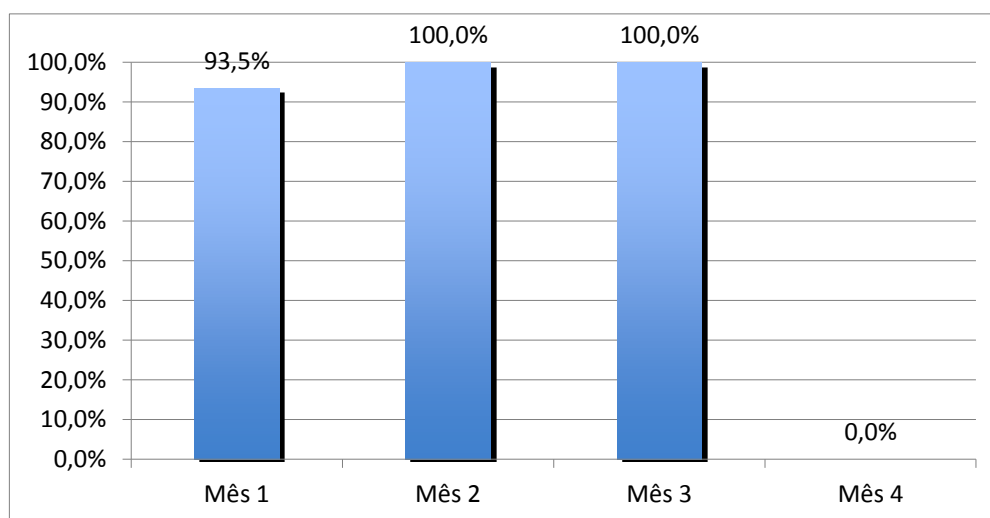


Figura 3: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Brasil Novo Amapá / Macapá.

Fonte: Planilha de coletas de dados

Para cumprir com este indicador, as ações que fizemos foi nas reuniões semanais, em que tínhamos as relações dos idosos faltosos às consultas e a equipe realizava a visita domiciliar para cumprir as nossas metas proposta e de forma educativa levamos a importância de comparecer a consulta para melhorar qualidade de vida, envolvendo os familiares na importância do controle para evitar complicações.

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 espelho em dia.

A equipe conseguiu cumprir com esta meta, permitindo um melhor controle e acompanhamento dos idosos, no primeiro mês 62 idosos (100%), no segundo mês 143 idosos (100%) e no terceiro mês 248 idosos (100%).

Tivemos o apoio do gestor da UBS com as cópias das fichas de espelho, para ter um maior controle dos medicamentos e exames de laboratórios, isso ajudou a ter um melhor acompanhamento, organização e registro do trabalho de todos os idosos.

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.

Durante o desenvolvimento da intervenção melhoramos as ações, apesar de não alcançarmos 100% ao final da intervenção. Não tínhamos cadernetas suficientes, mesmo notificando ao gestor responsável pelo programa de idoso do município para nos fornecer novas cadernetas. No primeiro mês recebemos a caderneta para 62 idosos (100%), no segundo mês 143 (100%) e no terceiro mês 225 (90,7 %).

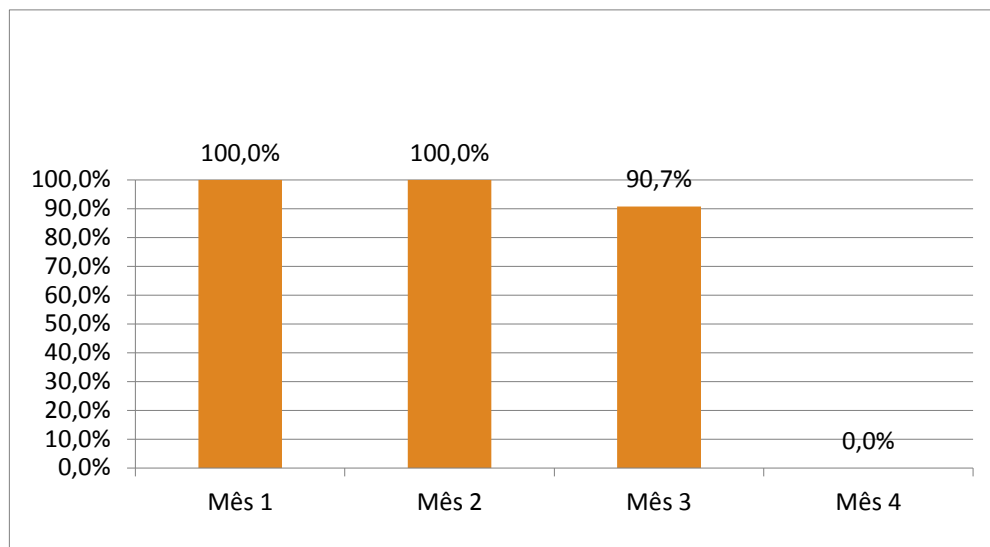


Figura 4: Proporção de idosos com caderneta de saúde de pessoa idosa na UBS Brasil Novo Amapá / Macapá.

Fonte: Planilha de coletas de dados

As ações que influenciaram nesta meta foi o cadastramento e a entrega da caderneta do idoso pelas ACS, facilitada pelo gerente do programa de idoso, não finalizamos com esse trabalho, pois continuamos fazendo o trabalho e já organizamos com a gestora para obter mais cadernetas.

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 Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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.

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

Indicador 5.3 Proporções de idosos com avaliação de rede social em dia.

Desde o início da intervenção buscamos fazer em 100% de nossos idosos a avaliação de risco para morbimortalidade em dia, investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliar a rede social dos idosos. Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos cumprir a meta em 248 idosos (100%) do planejado e tivemos uma melhora significativa em relação ao início da

intervenção. No primeiro mês foram avaliados 62 idosos (100%), no segundo mês 143 (100%), no terceiro mês 248 (100%).

As ações realizadas para estas metas foi atualizar, através das reuniões semanais, quais os fatores de risco que poderiam influenciar nas doenças crônicas e em conjunto trabalhar para eliminar fatores de risco para morbimortalidade, em nossas consulta planejadas e visitas domiciliares. Avaliamos todos os idosos, falamos com familiares as possibilidades do apoio que precisamos, já que muitos fatores de risco poderiam ser evitados por parte de todos. Além de realizar atualização na equipe, dos conhecimentos para poder identificar e registrar os indicadores de fragilização na velhice, comunicando aos familiares a importância de acompanhar os idosos com fragilização, para que tenha uma melhor qualidade de vida. Junto com essas ações buscamos envolver os idosos em todas as redes sociais, com apoio de igrejas, comunidades e escolas informando a prioridade deste atendimento, através de toda a equipe.

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.

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.

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.

Todos os nossos idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, para a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal, para melhorar a qualidade de vida e evitar fatores de riscos desencadeantes de doenças crônicas. No primeiro mês 62 idosos (100 %), no segundo mês 143 (100%) e no terceiro mês 248 (100%).

As ações realizadas pela equipe foram através de visitas domiciliares, em ações na comunidade e com apoio de nutricionista da UBS, orientamos as famílias

quanto a alimentação saudável dos idosos, a importância de fazer atividade física, buscando estabilizar algumas doenças e evitar fatores de risco como a obesidade, envolvemos os familiares na ajuda aos idosos, com dificuldade da locomoção e acamados, praticarem em casa os exercícios estimulantes do aparelho locomotor. Apesar de nossa UBS não ter consultório odontológico, os idosos que foram avaliados por nossa equipe receberam orientação individual dos cuidados de saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção ao Idoso, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação nos atendimentos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde do Idoso. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepcionista. A médica e enfermeira organizaram e realizaram planejamento de capacitação para um melhor acolhimento aos idosos, em reuniões de equipe semanal. Definimos atribuições às equipes, priorizando o cadastramento e o atendimento aos idosos com qualidade e avaliação integral. Fortalecemos e profundamos o conhecimento das técnicas de prevenção e promoção de saúde, nos permitindo, além de tudo, melhorar a qualidade do atendimento quanto aos sintomas e fazer diagnóstico sindrômico e diferencial.

A médica e enfermeira fizeram o monitoramento nas reuniões de equipe mensal, para que todo o idoso de nossa área de abrangência tenha sido cadastrado 100% pelos agentes comunitários, verificando a pressão arterial em todo paciente maior de 60 anos realizada pelas técnicas de enfermagem a quem comparecesse a UBS, por qualquer motivo e realizar hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135-80mmhg. Os Agentes comunitário em conjunto facilitaram a busca ativa dos idosos faltosos a consulta para avaliação de todos, em conjunto com a enfermeira e médica, com apoio do gestor da unidade básica permiti-o disponibilizar as fichas de registro de pacientes idosos na UBS, para que todos os profissionais da equipe possam realizar o preenchimento das mesmas. Durante as visitas domiciliares e reuniões na comunidade, toda a equipe, orientou a comunidade do nosso território, informando que temos um programa de atendimento à saúde do idoso.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades como nos serviços especializados, consultas de cardiologia, endocrinologia onde funcionou a referência e contra referência de atendimento especializado dando a posterior continuidade na comunidade pela equipe de saúde. Também teve impacto na demanda espontânea aumentado controle de todos sem agendar consulta. Melhorou o controle dos medicamentos facilitado pela farmácia da unidade básica e em outras atividades como aumento do nível educacional em toda a comunidade quanto à alimentação saudável, evitando os fatores de risco de doenças crônicas.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao idoso eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Durante a intervenção foi motivada a participação comunitária com palestra na comunidade, nas igrejas e no grupo de idosos. Ainda temos muitas coisas por fazer para aumentar a promoção e prevenção de saúde na comunidade. Os idosos ficaram alegres pela melhoria do atendimento na UBS e por ter as avaliações realizadas e exame clínico adequado.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura, por não ter agentes comunitários, esperamos a incorporação ou disponibilidade de ACS para as áreas descobertas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. A UBS não tem atendimento odontológico especializado, dificultando o bom desenvolvimento da intervenção, já que a intervenção poderia ter melhores resultados no atendimento odontológico ao idoso.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Nossa UBS Brasil Novo é localizada no Bairro norte, chamado Brasil Novo pertencente a zona norte do estado de Amapá do município de Macapá. Com uma população estimada de 3024 usuários, em nossa área de abrangência a estimativa é de 302 idosos, representando 10% da população estimada. Durante 12 semanas de intervenção, nossa equipe de saúde da família realizou a intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família junto ao trabalho e com o apoio dos profissionais da UBS. A motivação principal foi ofertar uma maior qualidade de atenção a todos os idosos, já que a UBS tinha algumas dificuldades e não realizávamos um acompanhamento a atenção ao idoso de acordo com o protocolo do Ministério da saúde, somente atendíamos eventualidades e dávamos solução ao problema que chegava. Existia pouca integração com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta e psicólogo, como preconiza o programa de atenção ao idoso. Decidimos trabalhar na atenção aos idosos, onde nos planejamos, organizamos, além de monitorar as ações para o acompanhamento dos idosos, definimos atribuições às equipes e profissionais, com atendimentos com qualidade e multiprofissional.

As ações planejadas no projeto foram desenvolvidas e cumpridas neste período seguindo o cronograma da intervenção. Para o desenvolvimento das mesmas, planejamos, organizamos e trabalhamos com objetivos específicos, recadastrando a população dos idosos da área adstrita, também planejamos todas as atividades, por equipe além de trabalhar na prevenção de riscos como obesidade, sedentarismo, mau hábitos alimentares. Priorizamos a educação em saúde, tais como: palestras, conversas em sala de esperas e as ações de saúde perto da comunidade.

As capacitações foram realizadas para toda a equipe de saúde, seguindo o cronograma, com participação dos profissionais da saúde durante as atividades, apesar de não ter odontólogo realizamos a capacitação relacionada com as orientações sobre higiene bucal e prótese dentaria, já que as ACS participaram do curso odontológico chamado saúde bucal, isso nos permitiu realizar um melhor trabalho. Durante a intervenção apresentamos algumas dificuldades, não contávamos com consultório odontológico, mas cumprimos com avaliação e exame clínico odontológico.

Não apresentamos dificuldades para imprimir as fichas espelhos, pois o gestor da UBS nos apoiou imprimindo todas as fichas necessárias e o trabalho teve continuidade. Durante a intervenção sempre contamos com apoio do gestor da UBS para garantir as capacitações da equipe. Realizamos parceria também com outra Unidade Básica de Saúde para a realização dos exames complementares, de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde. Contamos com a disponibilidade de laboratório clínico, mas com dificuldade já que só realizamos rastreamento para malária.

Desde o início da intervenção garantimos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, igrejas, escola e comunidades, levamos nosso projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar, para que eles pudessem conhecer. Podemos dizer que nossa comunidade teve boa compressão do projeto e ficou feliz pela importância que tem para toda a comunidade e sempre contamos com seu apoio em todo o processo de intervenção, na busca ativa de idosos faltosos a consultas agendadas, destacando a preocupação das áreas descoberta, onde junto com a equipe fizemos e planejamos ações de saúde. Também participaram do trabalho preventivo em busca de melhorar a qualidade de vida dos idosos, organizado em conjunto com a equipe, onde realizamos jornadas de trabalho incluindo o sábado para atendimento do idosos das áreas descoberta.

Com a intervenção melhoramos o cadastramento, o acolhimento, os registros e iniciamos um atendimento qualificado na atenção aos idosos. A implantação da ficha espelho permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros importantes na assistência aos idosos, sendo um instrumento de trabalho que permite retroalimentação, foi bem elaborado e desenhado, onde se obtém dados importantes.

Com uma cobertura de 100% dos 178 idosos cadastrados aumentando domínio e controle do idoso em nossa área de abrangência. A meta proposta foi de aumentar para 80%, buscamos cadastrar 248 idosos, alcançamos 80,3%. Dos 172 hipertensos cadastrados, 100% receberam avaliação multidimensional rápida, 100% fizeram exame clínico apropriado em dia, permitindo monitoramento e controle de fatores de risco para hipertensão e diabetes. No decorrer de nossa intervenção seguimos com 24 idosos com dificuldade de locomoção e acamado tendo 100% de seu controle, em que todos foram visitados por nossa equipe de saúde, em que houve verificação de pressão arterial e orientações necessárias para melhorar todos

os aspectos relacionados com as doenças. Avaliamos risco de mobilidade a todos tendo 100% em exames físicos e 100% de avaliação para a fragilização na velhice. Conseguimos alcançar todas as metas de qualidade com 100%.

A intervenção permitiu à equipe e demais profissionais conhecer o protocolo de atenção ao idoso e sua incorporação a rotina diária como instrumento de trabalho desenhado pelo Ministério da Saúde. A intervenção já faz parte da rotina de trabalho da UBS, a mesma facilitou a assistência e atenção bem diferenciada aos idosos, fortaleceu o trabalho e integração social e religiosa, motivou as equipes em todos os serviços, seja na qualidade tanto dos usuários como dos profissionais de saúde, assim como do gestor priorizando os instrumentos de trabalho e facilitando o trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa comunidade fica na área de abrangência Brasil Novo, onde foi desenvolvido o projeto, em um período de 12 semanas. Na área adstrita temos áreas cobertas e descobertas, com duas equipes de saúde da família. Nossa população alvo é estimada em 3024 idosos, para uma estimativa de 302 idosos o que representa 10% da população total estimada. Nosso objetivo principal foi à melhoria da atenção ao idoso e assim elevar sua qualidade de vida em nossa área. Nosso posto de saúde antes da intervenção realizava a atenção ao idoso com dificuldades, precariamente e sem qualidade da mesma já que a equipe de saúde ficava incompleta. As ações desenvolvidas não eram de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. O exame clínico era incompleto, não se realizavam de forma sistemática as avaliações de acordo ao protocolo, existia pouco atendimento multidisciplinar e a integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta e psicólogo. Quando começamos a trabalhar na atenção ao idoso, organizamos e avaliamos as ações desenvolvidas, recadastrando os idosos da área adstrita e definindo as atribuições dos profissionais e das equipes, garantindo o cadastramento do idoso com qualidade. Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades por ter áreas descobertas, além disso não contávamos com consultório odontológico, mas com o trabalho da equipe, conseguimos melhorar os indicadores e metas propostas.

Ao começo de nossa intervenção garantimos o trabalho comunitário com a população e com as lideranças, recebendo apoio das escola, igrejas e comunidades em geral, onde apresentamos o projeto da intervenção, os objetivos e metas a serem cumpridas. Podemos dizer que sentimos gratificados com a nossa comunidade, sempre contamos com seu apoio durante todo o processo de intervenção, na busca ativa dos idosos faltosos a consultas agendadas. A comunidade teve participação no trabalho preventivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, organizando com as ACS, garantindo as jornadas para a saúde dos idosos, apoiando nas visitas domiciliares para determinar qualquer dificuldade e dar solução de forma imediata.

Com nosso projeto garantimos o melhoramento do cadastramento da população da área de abrangência, começamos com um atendimento bem diferenciado e qualificado a todos os idosos. A implantação da ficha espelho permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros dos idosos na UBS,

sendo um importante instrumento de retroalimentação, que nos ajuda para nosso trabalho diário. Este instrumento foi muito bem elaborado e pensado, pois nele obtemos dados importantes dos idosos como diagnósticos certos, medicamentos e exames indicados de laboratório registrados nos prontuários médicos.

A intervenção permitiu a equipe e demais profissionais conhecer, capacitar e aplicar, na rotina de trabalho diário, o protocolo de atenção ao idoso de acordo ao Ministério de Saúde. A intervenção faz parte da rotina de trabalho da UBS que trabalha em conjunto com a comunidade. As equipes estão integrada em todas as ações, temos motivação em relação à atenção aos idosos, tanto dos usuários como dos profissionais da saúde, da organização sociais, religiosas assim como do gestor.

Com uma cobertura de 100% dos 178 idosos cadastrados aumentando domínio e controle do idoso em nossa área de abrangência. A meta proposta foi de aumentar para 80%, buscamos cadastrar 248 idosos, alcançamos 80,3%. Dos 172 hipertensos cadastrados, 100% receberam avaliação multidimensional rápida, 100% fizeram exame clínico apropriado em dia, permitindo monitoramento e controle de fatores de risco para hipertensão e diabetes. No decorrer de nossa intervenção seguimos com 24 idosos com dificuldade de locomoção e acamado tendo 100% de seu controle, em que todos foram visitados por nossa equipe de saúde, em que houve verificação de pressão arterial e orientações necessárias para melhorar todos os aspectos relacionados com as doenças. Avaliamos risco de mobilidade a todos tendo 100% em exames físicos e 100% de avaliação para a fragilização na velhice. Conseguimos alcançar todas as metas de qualidade com 100%.

Podemos dizer, com certeza que trabalho de intervenção ficará como cumprimento diário de trabalho da equipe. Motivamos e ampliamos o trabalho com a comunidade, gestores, profissionais de saúde e organização sociais, em relação à necessidade de priorização da atenção ao idoso por ser uns grupos de maior risco da população.

Tentaremos garantir para um futuro não muito longe cobrir todas as áreas descoberta que ainda ficam em nosso território, para um maior controle, acompanhamento e cuidado de pessoa idosa.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante a realização do curso a maior dificuldade foi o idioma, isso dificultou muito que o trabalho fosse desenvolvido mais rápido, necessitando da correção da professora sempre, com esse apoio e ajuda consegui superar esta dificuldade, mas ainda tenho que continuar melhorando.

Outra coisa que devemos levar em consideração é o tempo para estudo do curso, sendo insuficiente para o volume dos conteúdos. Para conseguir um bom trabalho é necessário mais de oito horas dedicadas ao desenvolvimento das tarefas, ainda mais com a dificuldade de linguagem. Aprendi com o curso sobre a importância que tem a minha prática profissional, sendo essencial para a realização do trabalho diário, além da integração entre os diferentes profissionais envolvidos: médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, os ACS, NASF e outros. Ajudou-me conhecer, estudar e aplicar diferentes protocolos de Atenção Básica de Saúde, estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Para alcançar e ajudar a aumentar o nível de saúde, qualidade de vida e satisfação dos usuários com os serviços prestados na UBS, o curso me deu a formação profissional integral e de qualidade, com uma formação mais ampliada e domínio para garantir um atendimento ainda melhor.

Trabalhamos basicamente na importância que tem a promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento imediato, enfatizando que são os pilares da Atenção Básica de Saúde. Fomos capazes de melhorar a organização dos serviços prestados na unidade de saúde, independentemente dos problemas na estrutura da UBS, como falta de alguns serviços.

Ficamos com uma maior interação com os profissionais, com o objetivo comum de alcançar uma melhor qualidade de atendimento aos usuários, envolvendo toda a comunidade, para garantir um melhor trabalho nas igrejas, escolas líderes

formais e informais com a UBS, além de facilitar um nível de vida adequado para cada pessoa na sociedade e garantindo o acesso a serviços básicos de saúde com qualidade.

Conseguimos melhorar como princípio básico da Estratégica da Saúde da Família a prevenção e promoção de saúde, motivando a atividade física, em que trocamos costumes alimentícios errados, controle do uso abusivo de bebida alcoólica, conscientizando a não continuar com o mau hábito de fumar, onde todos os fatores de riscos ajudam na aceleração do envelhecimento, nos sentimos satisfeitos porque fortalecemos ainda mais o programa em nossa UBS.

Referências

1. Ministério da saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica no 19, 1a edição, 1a reimpressão. Brasília DF, 2013.
2. Brasil. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
- 3 Béria Ju. Prescrição de Medicamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI; Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 4 Berger I, Mailloux Poirier D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 1995.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006. 52 p. (Serie B textos básicos de saúde). Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf.
- 6 Brasil. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: URL: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf.

7 Lipschitz DA, Sullivan DH. The sick old man. En: Cecil Compendio de Medicina Interna. 3ed. New York Interamericana Mc Graw Hill: 1996, 998-1001.

8 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Diabetes Mellitus. Brasília, 2006 (No Prelo).

9 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006.

10 OMS. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Universidad de Ginebra, 2008.

11 Organización Panamericana de la Salud 2003. Op. ci

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante