

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS de Maranata, Bailique,
Macapá/AP**

José Luis López Guerrero

Pelotas, 2015

José Luis López Guerrero

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS de Maranata, Bailique,
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.

Orientador: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

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

G934m Guerrero, José Luis López

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS de Maranata, Bailique, Macapá/AP / José Luis López Guerrero; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Miranda, Sérgio Vinícius
Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família pelo apoio dado, ajudando no meu desempenho e superação.

Ao meu filho pelo seu amor e carinho.

À minha mãe por seu apoio, carinho e seu exemplo de luta para obter meus sonhos e objetivos maiores.

Agradecimentos

Agradeço ao Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Pelotas pela possibilidade de participar nesta investigação.

Ao meu orientador Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, pela ajuda ofertada no transcurso da investigação, pela sua paciência e compreensão, pois sem o seu apoio não tinha sido possível a finalização do trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda incondicional, os integrantes da minha equipe que ficaram sempre comprometidos com a intervenção.

Resumo

GUERRERO, José Luis López. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS de Maranata, Bailique, Macapá/AP**. 2015. 84f. 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.

Considerando a elevada morbi-mortalidade dos idosos que o Brasil apresenta hoje em dia, mais acentuado no norte do país, escolhemos este tema selecionado para realizar a intervenção com o objetivo de melhorar atenção à saúde do idosos, mediante ações de assistência, promoção e prevenção. Este trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde de Maranata, Bailique do Município de Macapá, Estado Amapá, no período compreendido nos meses de abril até junho de 2015. O levantamento dos dados foi possível pelo monitoramento constante, com o rigoroso preenchimento das fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados. No transcurso da intervenção foi possível cadastrar um total de 96 idosos residentes na área de abrangência durante o período da intervenção. Todos os idosos receberam avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares periódicos, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Além disso, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados receberam visita domiciliar. Todos os idosos também receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de atividade física, e sobre higiene bucal. Todos os resultados foram muito significativos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos atendimentos dos idosos, organização do trabalho, capacitação do pessoal que faz acompanhamento deles com a obtenção de melhorias na qualidade e quantidade dos atendimentos seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.....	59
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.....	62
Figura 3	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	65
Figura 4	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialização Odontológica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PASI	Programa de atenção à saúde do idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

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	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	68
4.3 Relatório da intervenção para gestores	70
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	75
Referências	77
Anexos	78

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde do idoso, incluindo saúde bucal, na unidade de saúde Maranata, Bailique, Macapá/Amapá.

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, e apresenta 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, bem como relatório para os gestores e comunidade. A quinta seção é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, serão apresentadas as 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

Trabalho no arquipélago Bailique, no município de Macapá, estado do Amapá. A unidade na qual trabalho fica a 12 horas de barco pelo rio Amazonas e tem uma área adstrita de mais de 30 comunidades constituídas por ilhas, onde residem cerca de 15.000 pessoas de baixo nível cultural e escassos recursos econômicos. É uma população indígena nativa, com os costumes próprios tanto para alimentação como moradia, e que enfrentam muitos problemas para o acompanhamento em função das difíceis questões geográficas.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) base está radicada na Vila Progresso e apresenta sérios problemas estruturais que afetam diretamente a qualidade da assistência prestada. A unidade não possui sala de espera e os usuários precisam aguardar o atendimento em pé. Tem um consultório médico, com duas cadeiras e uma maca para exame. A sala possui ar condicionado, é bem iluminada e ventilada. Possui uma sala de arquivo onde ficam os prontuários, um consultório odontológico com boas condições, uma sala pequena de observação com apenas um leito, mal iluminada e ventilada. Uma sala de enfermagem com cama ginecológica onde se faz a coleta do citopatológico, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma farmácia com déficit de medicamentos essenciais, e dois banheiros.

Em nossa UBS funcionam quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) cada uma com um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil. Neste momento, temos feito grandes avanços organizacionais na UBS como a divisão territorial para um melhor trabalho em equipe, planejado para levar serviços de saúde nos domicílios, através do Programa Saúde em Casa. Recebemos apoio da secretaria de saúde que

nos oferece profissionais para ampliarem a equipe, medicamentos e insumos melhorando a qualidade do trabalho.

Nossas comunidades são carentes, muitas comunidades não têm energia elétrica e a maioria da população não tem estudo. O acesso à UBS é complicado, o que dificulta a periodicidade do cuidado. Os principais problemas de saúde são gravidez na adolescência, parasitismo intestinal, infecções respiratórias e diarreicas agudas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) aparecem como as doenças crônicas mais relevantes.

A ESF é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que participam do reconhecimento do território, pesquisam a população, agendam as consultas, fazem planejamento das atividades com a enfermeira e os técnicos de enfermagem. A equipe se reúne mensalmente para organizar o trabalho, realizar entrega da produção, planejar o calendário de vacinas e as ações de educação em saúde que ocorrem nos espaços da comunidade como escolas e igrejas.

Atendemos em torno de 35 a 40 pessoas por dia e realizamos visita domiciliar três vezes por semana. Enfrentamos muitas situações adversas em função da localização geográfica desfavorável e da falta de recursos. Também temos dificuldades com a baixa escolaridade da população que não compreende a necessidade da prevenção, periodicidade do comparecimento e manutenção do tratamento. Entretanto, estamos reunindo esforços para prestar um serviço de qualidade e superar as limitações impostas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado sendo a única capital estadual que não possui interligação por rodovia. Além disso, é a única cortada pela linha do equador e que se localiza às margens do rio Amazonas. Os dados de 2013 do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2010) revelam que a população é de 437.255 habitantes, sendo a 53ª cidade mais populosa do Brasil e a quinta mais populosa da Região Norte. Atualmente, vive um momento de crescimento tanto econômico quanto populacional, o que vem mudando o seu cenário e atraindo investimentos externos para o estado.

O sistema de saúde em nosso município tem como alvo principal a saúde da família e da comunidade e para isso muitas estratégias têm sido adotadas. O município conta com 20 UBS, localizadas na zona urbana e três na zona rural dos distritos, totalizando 23 UBS. Também possui cinco Módulos de Saúde da Família, localizados no bairro Araxá, Brasil novo, Infraero I, Santa Rita e Curiaú. A estratégia conta ainda com outros serviços como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com um quantitativo de oito equipes, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com quatro equipes, além de 44 equipes de Saúde Bucal. Não existe CEO Municipal.

Nossa UBS base está situada na Vila Progresso e apresenta sérios problemas estruturais que afetam diretamente a qualidade da assistência prestada à população. Por exemplo, não existe sala de espera e os usuários aguardam atendimento em pé. Temos apenas um consultório médico com uma mesa, duas cadeiras e uma maca. Uma sala pequena de observação com um leito, que é mal ventilada e iluminada, uma sala de enfermagem com cama ginecológica onde se faz PCCU, um consultório odontológico que apresenta boas condições de uso, uma sala de vacina e uma sala de curativos. Na unidade existem dois banheiros, mas nenhum se localiza dentro dos consultórios para uma boa higiene das mãos após o atendimento de usuários com lesões de pele ou infecções transmissíveis.

Possui uma sala recepção, mas não temos recepcionistas. O primeiro acolhimento é feito pelos técnicos de enfermagem ou enfermeiros e esse desvio de função atrapalha o funcionamento da unidade. Existe uma sala de arquivo onde ficam todos os prontuários, mas com as demandas de atendimento de emergência, novos prontuários são abertos por não existir quem localize os existentes nos arquivos. Essa prática, além de dificultar o acompanhamento do histórico do usuário, ainda gera um custo desnecessário com a duplicidade de prontuários.

Temos um grande déficit de equipamentos na unidade. Existe um termômetro, um esfigmomanômetro e um estetoscópio para cada médico e só contamos com um glicômetro, uma balança para adultos e outra infantil e um sonar. Não contamos com estetoscópio de Pinar, o que limita o atendimento às gestantes durante as visitas domiciliares. Temos um déficit de instrumental para cirurgias de pequeno porte como cabo e lâminas de bisturi, material de sutura, pinças e tesouras. Não existe um sistema de reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliários, nem de manutenção para revisão de calibragem de esfigmomanômetro e balanças. Estes itens estão com o funcionamento inadequado e isto atrapalha a qualidade do atendimento.

Temos uma farmácia com muito déficit de medicamentos essenciais, especialmente para doenças crônicas como diuréticos, hidroclorotiazida, furosemida, atenolol, glibenclamida e metformina de 500 MG e 850 MG e não possuímos alternativa de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Temos insulina suficiente e medicamentos contraceptivos, assim como testes diagnósticos realizados de forma rotineira a exemplo do de glicemia capilar e de HIV. Nossos usuários não têm acesso a laboratório clínico na UBS sendo encaminhados para a realização de exames complementares em Macapá.

Em nossa UBS funcionam quatro ESF cada uma com um médico do Programa Mais Médico para o Brasil. Além do médico, a equipe que trabalho conta com uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis ACS. Estes participam no reconhecimento do território, pesquisam sua população, agendam as consultas dos programas preconizados e fazem planejamento das atividades com a enfermeira e os técnicos de enfermagem. Reunimo-nos mensalmente para planejamento do trabalho, entrega da produção, organização de atividades de educação em saúde como palestras em escolas e igrejas. Atendemos em torno de 35 – 40 usuários por dia, realizamos visitas domiciliares três vezes por semana, procurando seguir as normas e procedimentos dos programas. Elegemos um dia na semana para priorizar vacinas, atender aos usuários com maior necessidade e cadastrar novos casos de doenças crônicas não transmissíveis.

Em nossa UBS está assegurado o acesso de todas as pessoas da comunidade a um atendimento de qualidade, tratamento adequado e efetivo para seu problema. Informa-se sobre o estado de saúde de forma clara, objetiva e respeitosa, assegurando ao usuário um atendimento que respeite os seus valores e direitos, visando preservar sua cidadania durante o tratamento, dando o direito de escolha ao tipo de intervenção, privacidade e liberdade de procurar uma segunda opinião. Também implicamos o indivíduo para que este se responsabilize por seu tratamento, incentivando o controle social. Quando se faz necessário o tratamento com outras especialidades, são fornecidas informações claras e precisas sobre os critérios do encaminhamento. Todo o processo é registrado em prontuários de modo legível e atualizado, identificado pelo nome e sobrenome do usuário para uma melhor conduta terapêutica.

Infelizmente temos muitas dificuldades com o sistema de encaminhamento. O distrito de Bailique fica a 12 horas por barco do município Macapá e, em casos mais

graves, não contamos com ambulâncias que facilitem o transporte para o usuário e a enfermeira, e nem sempre contamos com barcos e combustível. Em outros casos, é difícil verificar se o acesso dos usuários ao serviço especializado se concretizou, pois não temos a prática da contra referência.

Neste momento, temos feito grandes avanços nos processos de trabalho através das reuniões mensais para planejamento. Utilizando estratégias como a divisão territorial temos conseguido prestar um melhor serviço de atenção domiciliar com o Programa Saúde em Casa. A secretária de saúde também tem tentado proporcionar melhor qualidade ao trabalho, aumentando o número de colaboradores, de medicamentos e insumos. Entretanto, estes ainda não são suficientes para a quantidade de usuários com sintomas e doenças agudas.

Nossa equipe atende a uma população de 1750 pessoas, sendo que o maior contingente se concentra na faixa etária de 15 a 59 anos com 936 usuários. Nossa comunidade é bastante carente de recursos socioeconômicos, alguns não possuem sequer energia elétrica. O nível cultural também é baixo, o que demanda um grande trabalho de educação em saúde. O acesso à UBS é dificultado pelas condições geográficas desfavoráveis, o que dificulta a periodicidade do cuidado.

Durante as reuniões de equipe planejamos disponibilizar entre 10 a 15 vagas diárias para demanda espontânea, mas normalmente este número é superado. Ao terminar as consultas agendadas, oferecemos atendimento a todos os usuários que chegam a UBS, mesmo que não sejam da área de abrangência. Muitas vezes, essa demanda flui de comunidades que ficam longe da UBS, os usuários chegam à noite ou fora do horário de atendimento. Nesses casos, são recebidos pelo técnico de plantão que presta o primeiro atendimento, como verificar a temperatura e sinais vitais enquanto o médico se dirige até o local para prestar assistência.

Em relação à saúde da criança, todos os dias se realizam consultas de puericultura para a faixa etária de 0 a 72 meses. A criança sai da consulta com o retorno programado, mas o índice de ausências e atrasos é grande por falta de envolvimento das famílias ou desconhecimento de sua importância para o desenvolvimento futuro das crianças. Neste sentido, é fundamental a participação dos ACS que fazem a busca ativa dos faltosos, mas toda a equipe está envolvida neste programa. As ações desenvolvidas na puericultura em nossa UBS são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemias, prevenção de violências,

promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e promoção de hábitos alimentares saudáveis. Todas as crianças atendidas têm monitoramento do crescimento e desenvolvimento. Os dados dos atendimentos são registrados em prontuários clínicos, fichas individuais de atendimento médico e odontológico, já que não existe protocolo específico de puericultura na unidade. Solicita-se a caderneta da criança para preencher as informações sobre peso, altura, IMC, VN, Imunizações, orientações alimentares e outras recomendações.

Na unidade existe o Programa Bolsa família do ministério de saúde e a responsável pelo cadastramento das crianças e envio dos dados à Secretaria de Saúde é a enfermeira, apoiada pelos técnicos e ACS, já que não contamos com assistente social. Também se realiza atividades de educação em saúde com grupos de mães da puericultura no âmbito da UBS, nas escolas e associação de bairro. Toda a equipe participa dessas atividades. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) a cobertura de saúde da criança é 77% (56 crianças acompanhadas na UBS), sendo insuficiente, pois não cumpre com o estabelecido pelos protocolos. Além disso, as consultas não são regulares e a procura maior ocorre em função dos atendimentos de emergências e problemas agudos. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança apresentam muitas dificuldades como falta de registros, gestão e profissionais que se dediquem a coordenação do programa. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são: organização do atendimento de puericultura, pesquisando ativamente toda a população; a reformulação das curvas de crescimento para uma boa avaliação do perfil do crescimento e desenvolvimento; a utilização do sulfato ferroso profilático dos seis meses até os 24 meses de vida, para prevenção de anemia; atenção às situações de violência e a antecipação da primeira consulta do recém-nascido para até sete dias.

Em nossa UBS se realiza consultas de pré-natal todos os dias da semana e em todos os turnos, mas a cobertura segundo o CAP é de 52%. A primeira consulta é feita pela enfermeira que preenche os dados gerais da gestante e indica os exames complementares seguindo os protocolos de atenção pré-natal. As demais consultas são feitas de forma intercalada entre o médico clínico e a enfermeira. Em cada consulta, solicitamos a carteira do pré-natal para preencher os dados atualizados assim como o resultado dos exames, ultrassom, ganho de peso, IMC e valoração nutricional. Todos os dados dos atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal e ficha de atendimento odontológico. Não contamos

com ficha de atendimento nutricional. As principais ações desenvolvidas na UBS são: atenção aos problemas clínicos gerais, preventivo de câncer de colo e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Também contamos com o Programa SISPRENATAL, do Ministério da Saúde e a enfermeira da equipe é a encarregada pelo cadastramento das gestantes.

Nossa equipe está enfrentando algumas dificuldades pelo alto número de gestações em adolescentes menores de 16 anos e mulheres acima de 38 anos. Esse grupo apresenta riscos obstétricos graves pelas complicações posteriores que podem ocorrer, especialmente quando só fazem a consulta de pré-natal após o primeiro trimestre. Também temos dificuldades com a não realização dos exames indicados, como o ultrassom obstétrico e o morfológico. Os aspectos geográficos, financeiros e culturais são os maiores responsáveis por esses problemas. Outra dificuldade que enfrentamos são os partos realizados em casa por parteiras empíricas que, muitas vezes, resulta em infecções e hemorragias levando ao óbito materno. Na área de abrangência da UBS temos 514 mulheres em idade fértil e 12 estão gestantes, 50% teve diagnóstico tardio, a partir do terceiro trimestre e a maioria não realizou exames complementares, nem ultrassom obstétrico.

Esses resultados nos mostram que a cobertura de pré-natal na UBS está deficiente e que precisamos intensificar o diagnóstico precoce da gravidez, detectar o número de gestantes que não realiza pré-natal e aquelas que têm o parto em casa sem acompanhamento na unidade. Para lidar com esta realidade, os ACS têm intensificado a busca ativa de mulheres em idade fértil que tenham algum sintoma ou sinal de gravidez, informando a equipe e orientando que procurem atendimento na UBS. A equipe tem realizado visitas domiciliares onde são identificadas adolescentes com risco de gestação precoce, mulheres em idade fértil que não utilizam métodos anticoncepcionais e puérperas que tiveram partos em casa. Além disso, realizamos ações de promoção de saúde na comunidade com palestras sobre a prevenção de patologias mais frequentes na área, assim como a importância da vacinação em recém-nascidos e de HPV para adolescentes. Também precisamos melhorar os indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal, aumentando o consumo de complementos como ácido fólico e sulfato ferroso, da vacina toxoplasmose, antitetânica e hepatite B, realização de ultrassom obstétrico, assim como a consulta com ginecologista. Precisamos ainda utilizar o protocolo específico para o pré-natal,

os critérios de classificação para risco gestacional, organizar os registros e realizar atividades de grupo para gestantes, puérperas e de planejamento familiar para mulheres em idade fértil.

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública no mundo devido à inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento e apresenta maior potencial de cura quando é diagnosticado precocemente. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, com as abordagens educativas presentes no processo de trabalho das equipes, com o objetivo de oferecer informações claras e consistentes e alertar para a importância da realização e periodicidade dos exames específicos.

Em nossa UBS se cumprem as diretrizes de prevenção e detecção precoce para o câncer de colo do útero e de mama, fortalecendo e ampliando o acesso as informações para todas as mulheres, temos uma cobertura de 68% segundo o CAP. O exame preventivo de câncer do colo de útero (PCCU) é realizado pela enfermeira, e temos uma cobertura de 70%, ela faz um tipo de rastreamento organizado em todas as mulheres que procuram a unidade, inclusive aquelas que comparecem acompanhando os filhos em consultas pediátricas. Durante as consultas também se faz o exame clínico das mamas para rastreamento e detecção precoce de sintomas, orientação para o uso de preservativo durante a relação sexual e orientação para a importância da realização periódica do exame preventivo. Os exames são realizados na unidade de segunda a sexta feira, nos dois turnos e todas as usuárias com alterações no PCCU são encaminhadas para tratamento específico. Todos os dados das consultas são registrados em protocolo específico do Ministério da Saúde e formulário especial para citopatológico.

Segundo os dados estatísticos mais atuais, 90% da população foi orientada sobre as DSTs. A cobertura para o câncer de mama é de 86%, sendo que 15% das usuárias tem mamografia em dia. Das mulheres em idade fértil 68% realizaram o PCCU e 82% dos exames coletados tiveram amostra satisfatória. Como se pode observar, os indicadores de cobertura e qualidade estão abaixo do esperado pelo programa, sendo necessárias modificações no processo de trabalho para melhorar

esse quadro. Neste momento, já estão sendo realizadas ações de educação em saúde na comunidade para que as usuárias reconheçam os sinais e sintomas do câncer de mama; para a importância da periodicidade da realização do exame preventivo de câncer do colo de útero; sobre a existência da infecção pelo HPV, suas formas de manifestação e o uso da vacina preventiva pelas adolescentes; a importância do uso de preservativos desde a primeira relação sexual; informações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, importância do controle de peso corporal e da prática regular de exercícios físicos.

Além das ações citadas acima se faz necessário estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade para que realizem o PCCU anualmente e acompanhar os grupos de riscos. Garantir que todas as usuárias tenham acesso à confirmação diagnóstica com tratamento adequado e realização de todos os procedimentos necessários como colposcopia biópsia e EZT, garantindo a qualidade e o alto padrão para os exames de cito e histopatológica. Organizar rastreamento para mulheres entre 50 e 69 anos de idade, tendo em conta o programa nacional de qualidade de mamografia (PNQM), usando imagens radiográficas com doses mínimas de radiação. Garantir que todas as mulheres recebam tratamento adequado e em tempo oportuno, bem como definir serviços terciários para quimioterapia e radioterapia em paralelo ao acompanhamento por equipes multidisciplinares.

Em nossa UBS se faz rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a cada dois meses nas pessoas adultas com pressão arterial menor que 120/80 mm/hg e rastreamento anual se a pressão arterial estiver entre 120 e 130 mm/hg de sistólica e entre 80 e 90 a diastólica. Dentre as principais causas da HAS destacam-se o excesso de peso, o sedentarismo, o elevado consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, o consumo excessivo de sódio e o estresse. De 120 usuários avaliados pela equipe, obtivemos um total de 30% de hipertensos. Entretanto, acredito que há um subregistro sobre os dados dos usuários cadastrados na área, o que implica na necessidade de desenvolver ações em saúde como: rastreamento da doença em indivíduos com idade superior a 15 anos nas consultas médicas; visitas domiciliares e divulgação de informações que contribuam para a prevenção e o diagnóstico precoce da doença.

Durante as consultas, o médico realiza avaliação física e clínica, com exaustivo interrogatório em busca de fatores de riscos, indica exames de rotina e

oferece tratamento farmacológico, bem como enfatiza a necessidade de mudança do estilo de vida para controle da doença. Além das consultas programadas para o acompanhamento da hipertensão arterial, existe demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudos devidos a HAS residentes ou não na área de cobertura e em caso de complicações se encaminha para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar. O atendimento para HAS é garantido aos usuários de segunda à sexta, em todos os turnos e todo processo é registrado em protocolo específico preconizado pelo SUS.

Também se faz rastreamento de Diabetes Mellitus (DM) em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/90 mm/hg, independentemente de ser obeso, ter histórico familiar ou de faixa etária. Em nossa área, acompanhamos 18 diabéticos que representam 25% do esperado segundo o caderno de atividades, mas, acredito que temos um subregistro em função da quantidade populacional da área de cobertura. Deste total, temos 94% com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 56% com avaliação odontológica, 4 usuários (22%) com atraso maior que sete dias no comparecimento da consulta planejada e apenas 12 com os exames complementares em dia. As especificidades geográficas da região e a falta de um laboratório na UBS são as principais causas de impedimento da realização dos exames. Os 100% de diabéticos de nossa área recebem orientação de como evitar possíveis complicações, sobre prática de atividade física regular, além de orientação nutricional.

Temos que ressaltar aspectos positivos na atenção a diabéticos e hipertensos já que 100% dos usuários crônicos têm medicamentos, consultas agendadas e registros nos prontuários específicos, além de se beneficiarem com as ações de educação em saúde. Estamos trabalhando para melhorar o planejamento e monitoramento das ações pelos membros da equipe, assim como as visitas domiciliares garantindo melhor qualidade de vida.

Os usuários idosos representam um percentual da população de alta complexidade, com tendência a descompensação, alta taxa de morbidade, tendência à deficiência e geralmente com uma situação socioeconômica desfavorável. Esse conjunto de fatores revela a alta vulnerabilidade deste grupo e a necessidade de uma avaliação geriátrica multidimensional e multidisciplinar abrangente do ponto de vista biológico, psicológico, social e funcional.

Em nossa UBS, o médico e a enfermeira realizam atendimento ao idoso de segunda à sexta-feira em todos os turnos. Em geral, esse grupo populacional procura a unidade com mais frequência para controle da pressão arterial e busca de medicamentos para alívio das dores articulares. Na unidade não existe protocolo específico para o idoso e os dados dos atendimentos são registrados em prontuário comum. Além das consultas na unidade, realizamos atendimentos domiciliares aos usuários idosos acamados ou com doenças crônicas que impeçam o seu deslocamento. Também são desenvolvidas ações em saúde com grupo de idosos com o objetivo de incentivar a mudança de estilos de vida. Segundo os registros dos ACS, a quantidade de idosos com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência é de 96, todos acompanhados na UBS e 100% estão com as consultas em dia tanto na unidade, quanto no domicílio. O percentual de idosos com doenças crônicas é de 92%, sendo 60% hipertensos e 10% diabéticos. Só 53% tem avaliação de saúde bucal em dia, dificuldade esta que estamos tentando melhorar. Todos recebem medicação gratuita e estão com a doença compensada. 100% dos usuários da UBS têm avaliação de risco para morbimortalidade, recebem orientações precisas sobre nutrição, hábitos alimentares saudáveis e a importância de sua mobilização para fazer atividades físicas garantindo uma melhor qualidade de vida e reinserção social.

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

Com a prática diária, nosso trabalho nas comunidades tem melhorado bastante, mas sabemos que ainda há muito por fazer. As atividades proporcionadas pelo curso nos permitiram organizar melhor o serviço e refletir sobre a qualidade de atendimento prestado por nossa equipe. À medida que avançamos no conhecimento da área de abrangência, vamos tendo mais controle sobre o planejamento e a realização dos programas prioritários do SUS, principalmente a atenção a crianças, pré-natal, idosos, Hipertensão, e prevenção de câncer. Temos que refletir que houve muitas mudanças depois do curso já que aprendemos o funcionamento da UBS segundo o SUS e seus protocolos. Agora que percebemos com mais clareza as dificuldades, temos condições de trabalhar em função das mesmas para melhorar os serviços e oferecer atendimentos de qualidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, atenção à saúde do idoso. As pessoas idosas apresentam fragilidades específicas do ponto de vista fisiológico, psicológico e social, decorrentes das perdas que ocorrem ao longo da vida e que as tornam susceptíveis às alterações no estado de saúde e seus problemas se caracterizam pela diversidade, cronicidade e complexidade. A saúde pública tem conquistado incentivos e metas, o Pacto pela Saúde 2006 que corresponde ao Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão, representa estas prioridades expressa em objetivos. Entre os grupos acolhidos neste importante movimento, os idosos conquistaram grandes benefícios, se assim cumpridos, vêm a somar com outras grandes conquistas, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013).

A UBS de Maranata está situada na Vila Progresso, distrito Bailique, área rural do município de Macapá. A equipe de ESF está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis ACS. Os ACSs realizam o mapeamento do território, agendam as consultas, e fazem planejamento das atividades com a enfermeira e técnicos de enfermagem. Nossa equipe atende uma população de 1750 usuários, sendo maior o grupo etário de 15 a 59 anos de idade com 936 pessoas. Para a área de abrangência da UBS existem 96 pessoas com mais de 60 anos de idade. Embora 100% estejam cadastrados, 50% está sem seguimento pela UBS, sem cadastramento, sem exames complementares, e sérios problemas odontológicos. A qualidade da atenção à saúde do idoso é deficiente. Sendo assim, é preciso que sejam implantadas estratégias para a qualificação da assistência a este grupo em especial. Nas reuniões de equipe, planejamos disponibilizar entre 10 a 15

atendimentos para a demanda espontânea. As dificuldades geográficas e o baixo nível cultural da população dificultam o cumprimento do programa de atenção à saúde do idoso. Realizam-se ações de promoção de saúde em visitas domiciliares nas comunidades, pela equipe onde o agente comunitário de saúde tem identificado os idosos de risco e aqueles que não utilizam medicamentos para suas doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, alimentação inadequada e sedentarismo.

A intervenção será muito importante para nossa UBS, já que é preciso melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde do idoso, garantindo a cobertura na UBS, procurando sua assistência a consultas, a realização dos exames laboratoriais, do exame clínico com avaliação multidimensional rápida, identificar os idosos acamados ou com problema de locomoção e fazer as visitas domiciliares, fazer o rastreamento dos idosos hipertensos e diabéticos, programar as consultas de atendimento odontológico na UBS, assim como referenciar para outras especialidades, realizar atividades de grupo, e organizar os registros. Assim, justifica-se a realização da intervenção no grupo de idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS de Maranata, Bailique, 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 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) Vilã Progresso, Maranata no Município de Macapá/Amapá. Participarão da intervenção todas as pessoas acima de 60 anos de idade residentes na área adstrita da unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Monitoramento e avaliação:

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

O monitoramento será realizado por meio das planilhas de coleta de dados e preenchimento da ficha-espelho fornecida pelo curso da UFPEL. Tal monitoramento será apresentado nas reuniões de equipe, pelo menos mensalmente, pelos ACS os quais apresentarão do número de idoso.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Acolher os idosos.

A equipe juntamente com os ACS acolherá os idosos na UBS e durante as visitas domiciliares, sendo que tal atribuição será desenvolvida preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

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

Os ACS realizam diariamente o cadastramento domiciliar dos idosos pertencentes à área da UBS.

Ação: Atualizar as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Serão atualizados os dados do SIAB, minimamente mensal, pelos profissionais de enfermagem, especialmente enfermeiros.

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. A equipe de saúde, por meio das visitas domiciliares na comunidade, explicará sobre a importância dos idosos para o acompanhamento periódico na UBS. Ainda a comunidade será esclarecida durante os atendimentos e consultas realizadas.

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

Toda a equipe de saúde, juntamente com os líderes comunitários, realizará reunião e palestra na igreja, escola da comunidade para informar sobre a existência do programa de atenção ao idoso no posto de saúde.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Na UBS durante a reunião mensal de equipe se capacitará sobre como realizar um melhor acolhimento aos idosos. Tal ação ficará com a responsabilidade do médico.

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

Durante a reunião mensal de equipe se capacitará os ACS quanto a busca de idosos que não estão recebendo acessando nenhum serviço de saúde, sendo que a capacitação será realizada pelo enfermeiro.

Ação: Capacitar da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização (PNH).

Na UBS durante a reunião mensal de equipe será realizado capacitação pelo enfermeiro quanto a PNH.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a equipe de enfermagem vão monitorar a realização de avaliação multidimensional rápida mensalmente em todos os idosos acompanhado na UBS para identificar os problemas de saúde de declínio funcional em pessoa idosa, aspecto familiares, sociais, culturais, econômico, efetivo, biológicos que podem conduzir a situações de incapacidade severa.

Organização e gestão do serviço:

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

O médico junto ao enfermeiro irá articular com o gestor de saúde para garantia de material para avaliação multidimensional rápida dos idosos.

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

O enfermeiro juntamente com o médico irá realizar a 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.

Nas palestras na igreja, na escola, durante os atendimentos a equipe orientará sobre a importância desta avaliação em e tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudáveis. Esta ação será responsabilidade do médico e enfermeiro durante os atendimentos e consultas e nas ações na comunidade tal orientação caberá, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem e ACS.

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

Durante a realização das consultas médicas, de enfermagem tais profissionais abordarão o controle social e as condutas esperadas a cada atendimento.

Qualificação da prática clínica:

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

Nas reuniões mensais de equipe será realizada a capacitação pelo médico do atendimento aos idosos considerando o protocolo adotado na UBS.

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

O médico irá treinar a equipe em uma das reuniões mensais de equipe para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Na reunião mensal de equipe será realizado treinamento da equipe para o encaminhamento adequado de a pessoa idosa á serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência dos casos que necessitem avaliação mais complexas.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

O enfermeiro realizará, semanalmente, o monitoramento por meio das planilhas de coleta de dados e fichas-espelho da realização de exame clínico apropriado dos idosos que realizarão acompanhamento na UBS.

Organização e gestão do serviço:

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

O profissional enfermeiro realizará visita domiciliar na comunidade para fazer exame clínico dos idosos, sendo que na UBS tal ação será desempenhada por médico e enfermeiro.

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

A equipe de saúde e mais especificadamente os ACS, realizarão visita domiciliar na comunidade todos os dias para garantir a busca de idoso que não realizaram exame clinico apropriado.

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

O profissional de enfermagem organizará a agenda para acolher idosos das buscas domiciliares, toda a semana.

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

O médico vai monitorar, avaliar, encaminhar e garantir que a referência e contra referência do usuário idoso com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades sejam encaminhadas a serviço de média e alta complexidade.

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 consultas médicas e de enfermagem serão realizadas orientação dos pacientes e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, ainda poderão ser realizadas tais orientações durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

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

Durante a reunião mensal da equipe, o médico realizará capacitação da equipe sobre exame clínico apropriado.

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

O enfermeiro caberá a responsabilidade de capacitar, durante uma das reuniões de equipe, sobre o adequado registro dos procedimentos clínicos e demais informações durante as consultas e ações.

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

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados, além da periodicidade de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

O médico e enfermeiro realizarão na UBS o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com a realização de exame laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, bem como a periodicidade.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico e enfermeiro irão garantir a solicitação dos exames complementares do idoso junto ao gestor de saúde.

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

O médico e enfermeiro da UBS vão buscar junto ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo de atenção saúde do idoso.

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

Os ACS nas visitas domiciliares aos idosos vão estabelecer sistemas de alerta quanto à identificação de idosos que não realizaram os exames complementares preconizados. O sistema será discutido na reunião de equipe e deverá ser utilizado por outros profissionais durante atendimentos e consultas.

Engajamento público:

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

O médico, enfermeiro e ACS nas visitas domiciliares e nas consultas agendadas vão orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

A equipe de saúde na comunidade e durante as consultas médicas e de enfermagem vão orientar os idosos quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Qualificação da prática clínica:

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

Na reunião mensal da equipe será realizado pelo médico e excepcionalmente pelo enfermeiro capacitação quanto ao protocolo para solicitação de exames complementares.

Meta 2.4: 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.

O médico e enfermeiro monitorarão o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, diante do preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço:

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

O médico e enfermeiro, com a colaboração de pessoal de Farmácia, vão realizar controle de estoque incluindo validade de medicamento.

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

O médico e enfermeiro da UBS vão manter um registro periódico quanto as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

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.

A equipe de saúde durante as visitas domiciliares na comunidade, nas consultas médicas e de enfermagem agendadas irão orientar os idosos e familiares quanto ao direito dos usuários do acesso aos medicamentos da 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.

Médico e enfermeiro realizarão, durante as reuniões mensais de equipe, atualização no tratamento HAS e DM.

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

O médico realizará capacitação durante uma das reuniões mensais de equipe uma capacitação sobre as alternativas para acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

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

Monitoramento e avaliação:

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

O monitoramento será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem, juntamente ao ACS, quanto o número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrado.

Organização e gestão do serviço:

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

Os ACS e enfermagem da UBS garantirão semanalmente o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. Toda a equipe de saúde, sendo os ACS na comunidade e os profissionais durante as consultas e atendimentos informarão sobre a existência do programa de atenção ao idoso no posto de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

Durante a reunião mensal de equipe será realizada capacitação dos ACS pelo enfermeiro quanto cadastro de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: 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.

Os ACS junto à equipe de saúde realizarão monitoramento semanal das visitas realizadas aos 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.

O enfermeiro considerando as consultas programadas, agendadas e as visitas domiciliares na comunidade vai organizar a agenda dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Os ACS durante as visitas domiciliares na comunidade irão orientar, informar a os idosos e a familiares sobre os casos para visitas aos acamados ou com problema de locomoção. As orientações também serão realizadas pelo médico e enfermeiro durante os atendimentos e consultas.

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

Os ACS durante as visitas domiciliares na comunidade irão orientar, informar a os idosos e a familiares sobre a disponibilidade para visitas aos acamados ou com problema de locomoção. As orientações também serão realizadas pelo médico e enfermeiro durante os atendimentos e consultas.

Qualificação da prática clínica:

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

O enfermeiro realizará orientação aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

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

O enfermeiro realizará orientação aos ACS sobre os casos de idosos que necessitem visita domiciliar.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica, periodicamente (pelo menos anualmente).

O enfermeiro realizará o monitoramento, minimamente anual, dos idosos submetidos ao rastreamento HAS.

Organização e gestão do serviço:

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

Na UBS se realizará atividade de discussão de temas, materiais de apoio durante a reunião de equipe para melhoria do acolhimento dos idosos portadores de HAS. O acolhimento será realizado preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

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

A equipe de saúde conjuntamente com a secretaria de saúde e o gestor de saúde vão garantir material adequado para a verificação de pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Engajamento público:

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade, palestra na igreja para orientar a comunidade sobre a importância de realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Tais orientações serão realizadas também durante os atendimentos e consultas médicas e de enfermagem.

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade, palestra na igreja para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS. Tais orientações serão realizadas também durante os atendimentos e consultas médicas e de enfermagem.

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.

O enfermeiro realizará capacitação da equipe durante uma reunião mensal quanto a verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

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).

Monitoramento e avaliação:

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

O enfermeiro realizará o monitoramento, minimamente anual, dos idosos submetidos ao rastreamento DM com pressão arterial sustentada e maior que 135/80 mmHg.

Organização e gestão do serviço:

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

Na UBS se realizará atividade de discussão de temas, materiais de apoio durante a reunião de equipe para melhoria do acolhimento dos idosos portadores de DM. O acolhimento será realizado preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

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

A equipe de saúde conjuntamente com a secretaria de saúde e o gestor de saúde vão garantir material adequado para a verificação de hemoglicoteste na UBS.

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

O enfermeiro será responsável por criar no prontuário e ficha de acompanhamento dos idosos um sistema de alerta do idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Engajamento público:

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade, palestra na igreja para orientar a comunidade sobre a importância de realização do rastreamento para DM para idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg. Tais orientações serão realizadas também durante os atendimentos e consultas médicas e de enfermagem.

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

Na comunidade de saúde a equipe realizará visitas domiciliares com o objetivo de realizar palestra, educar, orientar e buscar fatores de risco ao idoso e orientará os familiares e a comunidade sobre a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Tais orientações também serão realizadas durante as consultas médicas e de enfermagem.

Qualificação da prática clínica:

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

Durante a reunião mensal de equipe o enfermeiro realizará capacitação aos demais membros sobre a realização de hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de HAS.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar e avaliar da necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

Médico e enfermeiro junto ao gestor de saúde solicitarão a presença de odontólogo na UBS para avaliar a necessidade de tratamento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Na UBS se realizará atividade de discussão de temas, materiais de apoio durante a reunião de equipe para melhoria do acolhimento dos idosos com necessidade de atendimento odontológico. O acolhimento será realizado preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Diariamente os ACS realizarão os cadastros dos idosos com necessidade de atenção odontológica.

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

A equipe de saúde vai organizar, planejar e cadastrar os idosos para oferecer uma atendimento prioritário na UBS. Tal discussão se dará na reunião de equipe e será coordenado pelo médico e enfermeiro.

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

Será organizada pelo enfermeiro com participação de odontólogo a agenda de saúde bucal aos idosos.

Engajamento público:

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

Os ACS informarão durante as visitas domiciliares e a equipe durante os atendimentos na UBS, bem como nas consultas realizadas sobre a importância de avaliação de saúde bucal de idosos.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico realizará, durante reunião mensal de equipe capacitação, sobre necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

Meta 2.10: 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.

O enfermeiro e, posteriormente, o odontólogo irão supervisionar e monitorar semanalmente os idosos cadastrados em acompanhamento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Na UBS se realizará atividade de discussão de temas, materiais de apoio durante a reunião de equipe para melhoria do acolhimento dos idosos. O acolhimento será realizado preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

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

O enfermeiro e, posteriormente, o odontólogo irão monitorar semanalmente a utilização de serviço odontológico.

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

Será organizada pelo enfermeiro com participação de odontólogo a agenda de saúde bucal aos idosos para 1ª consulta odontológica programada.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

A equipe de saúde vai organizar, planejar e cadastrar os idosos para oferecer um atendimento prioritário na UBS quanto a 1ª consulta odontológica programada. Tal discussão se dará na reunião de equipe e será coordenado pelo médico e enfermeiro.

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.

Toda a equipe de saúde, sendo os ACS na comunidade e demais profissionais durante os atendimentos e consultas informarão sobre atendimento odontológico prioritário de idosos.

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

Tal ação será desenvolvida pelos ACS na comunidade e durante as visitas domiciliares e pelos demais membros da equipe durante os acompanhamentos, atendimentos e consultas.

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

Durante as visitas domiciliares, nos diversos atendimentos realizados serão estimulados que a comunidade possa contribuir sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Na UBS será realizada atividade de discussão de temas, materiais de apoio durante

a reunião de equipe para melhoria do acolhimento dos idosos. O acolhimento será realizado preferencialmente pelo técnico de enfermagem.

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

Médico ou, se possível, profissional odontólogo realizará capacitação durante as reuniões mensais a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos ao serviço odontológico.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

O enfermeiro realizará capacitação junto aos ACS para captação de idosos na 1ª consulta odontológica programática.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal quanto ao cumprimento da periodicidade das consultas aos idosos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os profissionais de enfermagem serão responsáveis pela sistematização das visitas domiciliares para a busca ativa de faltosos, bem como realizará algumas visitas também junto aos ACS.

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

O enfermeiro organizará a agenda dos idosos provenientes das buscas dos faltosos.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação diária na comunidade e os demais profissionais durante suas práticas informarão a comunidade sobre a importância das consultas.

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

Durante as visitas domiciliares, nos diversos atendimentos realizados serão estimulados que a comunidade possa contribuir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

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

Os ACS durante a atuação diária na comunidade e os demais profissionais durante suas práticas esclarecerão os idosos sobre periodicidade de realização de consultas.

Qualificação da prática clínica:

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

O enfermeiro será responsável pelo treinamento de ACS tanto para periodicidade quanto realização das consultas.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Durante a reunião mensal de equipe será discutido sobre a periodicidade das consultas. Será conduzida pelo médico.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação:

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

O enfermeiro vai monitorar a qualidade dos prontuários, fichas dos idosos e os registros dos idosos acompanhados na UBS quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Serão atualizados os dados do SIAB, minimamente mensal, pelos profissionais de enfermagem, especialmente enfermeiros.

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

O enfermeiro e técnico de enfermagem serão responsáveis por implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Na reunião mensal de equipe será pactuado com a equipe sobre os registros das informações, sendo responsabilidade de condução pelo enfermeiro.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

O enfermeiro será responsável pelo monitoramento dos registros, sendo que será informada a equipe na reunião de equipe.

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.

Médico e enfermeiro realizarão um sistema de registro para viabilizar sinais de alerta ao acompanhamento dos idosos, uma proposta será levada a reunião de equipe.

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.

Os ACS durante as visitas domiciliares e atuação na comunidade e demais membros da equipe durante seus atendimentos e consultas orientarão usuários e comunidade sobre os direitos quanto às informações dos registros, bem como solicitação de segunda via.

Qualificação da prática clínica:

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

O enfermeiro realizará capacitação dos demais membros da equipe sobre o preenchimento adequado dos registros para acompanhamento dos idosos.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Médico e enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento dos registros na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a qual será realizada diariamente.

Organização e gestão do serviço:

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

A equipe realizará reunião junto ao gestor municipal de saúde para argumentação e sensibilização quanto a disponibilização da Caderneta.

Engajamento público:

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

Os ACS na atuação junto a comunidade e dos demais profissionais durante seus atendimentos e consultas orientarão idosos e comunidade sobre importância de portar a Caderneta quando procurarem outras formas de atendimento.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para preenchimento da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa.

O enfermeiro capacitará a equipe durante reunião mensal sobre preenchimento adequado a Caderneta.

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

Meta 5.1: 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.

Juntamente aos demais monitoramentos realizados por médico e enfermeiro será realizado também monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidades

Organização e gestão do serviço:

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

Na UBS existe priorização de atendimentos de idosos de maior risco de morbimortalidades, sendo que a agenda deve dar prioridade para estes casos identificados.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos quanto ao risco e acompanhamento.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico realizará capacitação da equipe durante reunião mensal sobre a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e enfermeiro realizarão monitoramento semanalmente do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Em nossa unidade de saúde a equipe vai priorizar o atendimento dos idosos fragilizados e com alto risco na velhice, sendo garantida nas agendas e demais atendimentos.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais frequentes.

Qualificação da prática clínica:

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

Médico e enfermeiro realizarão capacitação durante a reunião mensal sobre a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3: 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.

A referida ação será responsabilidade do médico e enfermeiro que realizarão monitoramento semanal quanto a rede social dos idosos acompanhados.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

O médico e o enfermeiro realizarão monitoramento semanalmente dos idosos com a rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço:

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

Idosos identificados com rede social deficiente terão prioridade na agenda e também nas visitas domiciliares, quanto as visitas devem ser discutidas junto ao ACS da área.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos e comunidade sobre acesso ao atendimento prioritário na UBS.

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.

Nas atuações junto a comunidade, seja nas visitas ou nos grupos a equipe estimulará a socialização da pessoa idosa e o fortalecimento das redes de apoio.

Qualificação da prática clínica:

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

O enfermeiro capacitará a equipe durante reunião mensal no que se refere a avaliação da rede social dos idosos.

Objetivo 6 – Promover a saúde do idoso.

Meta 6.1: 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.

O enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal quanto a orientação nutricional para idosos.

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

O enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal do número de idosos com obesidade / desnutrição.

Organização e gestão do serviço:

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

Durante reunião mensal de equipe será definido o papel da equipe nas orientações nutricionais, considerando que atualmente a equipe já realiza ações de orientações, incluindo alimentação saudável.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos e comunidade sobre benefícios de hábitos 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".

Os profissionais médico e enfermeiro capacitarão a equipe na reunião mensal sobre promoção de hábitos alimentares saudáveis.

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

Os profissionais médico e enfermeiro capacitarão a equipe na reunião mensal sobre orientação nutricional aos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação:

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

O enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal da realização de orientação de atividade física regular aos idosos.

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

O enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal do número de idosos que realizam atividade física regular.

Organização e gestão do serviço:

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

Durante reunião mensal de equipe será definido o papel da equipe nas orientações da prática de atividade física regular, considerando que atualmente a equipe já realiza ações de orientações, incluindo prática regular de atividade física.

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

Atualmente não existem parcerias institucional para realização de atividade física, considerando a dificuldade e particularidade do processo de trabalho.

Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos e comunidade sobre atividade física regular.

Qualificação da prática clínica:

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

A capacitação será realizada pelo médico e enfermeiro durante reunião mensal de equipe quanto a orientação dos idosos quanto a atividade física regular.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

O enfermeiro e médico realizarão monitoramento semanal das atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço:

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

Médico e enfermeiro organizarão o tempo médio das consultas, visando que as mesmas sejam contempladas por orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Os ACS durante a atuação junto a comunidade e os demais profissionais da equipe nas consultas e atendimentos orientarão os idosos e comunidade sobre a importância da higiene bucal e próteses dentárias.

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

Médico e odontólogo realizarão a capacitação durante reunião mensal da equipe sobre as orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

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: 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.

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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para 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 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 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.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 17: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 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

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção do Idoso vamos adotar o protocolo “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e o Caderno de Atenção Básica nº 19 (BRASIL, 2013). Serão utilizadas as fichas espelho e planilha de coletas de dados disponibilizadas pelo curso da UFPEL como registro específico. Estima-se alcançar com a intervenção de 80% dos idosos cadastrados na unidade. Sendo assim, será realizado o contato com o gestor municipal para dispor de ficha espelho e fichas complementares, além da planilha de coleta de dados com acompanhamento semanal.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro e técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo registro dos usuários que serão acompanhados durante os meses da intervenção. Todas estas ações serão monitoradas e avaliadas sistematicamente pela equipe de saúde na UBS, com frequência semanal.

Na UBS tanto a análise situacional quanto a definição de foco da intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde. O início será pela capacitação da equipe sobre o documento e Caderno de Atenção à Pessoa Idosa. As capacitações serão feitas na UBS, nas duas primeiras semanas da intervenção, especialmente conduzidas pelo médico e enfermeiro. Na UBS se discutirá sobre os boletins informativos para capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos, de acordo com o protocolo adotado, se treinará a equipe para a aplicação da avaliação

multidimensional rápida dos idosos, para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

O acolhimento dos idosos será realizado pela equipe, especialmente técnico de enfermagem, em todos os turnos. Os idosos terão prioridade no agendamento da consulta. Os ACS e demais membros da equipe realizarão as visitas na comunidade e outras ações como reunião na escola e igreja com o objetivo de orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

O exame clínico apropriado será realizado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade cada três meses para diabéticos, além da realização da solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A equipe de saúde e a ACS realizarão visita na comunidade aos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Os ACS e demais membros da equipe orientarão a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. O enfermeiro capacitará os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A fim de realizar o monitoramento quanto faltosos, em cada semana, o enfermeiro revisará a ficha espelho do idoso para identificar os atrasos nas consultas ou exames clínicos e laboratoriais. Os ACS realizarão a busca ativa dos idosos faltosos em consulta.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

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.

Durante estas 12 semanas de trabalho todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas segundo os objetivos, metas e cronograma de trabalho.

Buscamos monitorar a cobertura das consultas dos idosos periodicamente através da enfermeira ou pelo médico da equipe, além de acolher e cadastrar todas as pessoas com mais de 60 anos, esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do programa de atenção à saúde dos idosos e sobre as facilidades de realizá-lo e capacitar aos técnicos e agentes comunitários de saúde tanto para um bom acolhimento como para a busca ativa de os usuários, garantindo o cadastro na UBS, realizando exame clínico e garantindo além disso, a solicitação dos exames laboratoriais, realizar avaliação rápida em a primeira consulta, aferição da pressão arterial de todos idoso em a primeira consulta como o rastreamento para diabetes, atualizar a ficha espelho e orientar sobre os hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, a higiene pessoal e bucal para garantir uma melhora em a qualidade de vida do idoso

Outra ação muito importante e que facilitou nosso trabalho foi o envolvimento com as principais lideranças das comunidades que ajudaram muito no esclarecimento da importância de fazer o atendimento de a saúde dos idosos tanto em visitas domiciliares como em nossa UBS, onde a prioridade e as facilidade de atendimento foram essenciais, assim como explicar para as comunidades o significado do programa de atenção à saúde do idoso.

As visitas domiciliares foram às ações que apresentaram maiores dificuldades, primeiro pelas intensas chuvas, e depois pelas dificuldades com as lanchas e combustível. Estas ações só melhoraram com o transcurso do tempo.

No início da intervenção que não tínhamos odontólogo na equipe, dificultando assim os atendimentos odontológicos, mas tudo foi resolvido com a chegada da odontóloga.

Analisando as ações de promoção de saúde todas foram cumpridas em 100% sem dificuldades, orientando-lhes sobre hábitos nutricionais, promoção de exercício físico, sobre os cuidados das doenças crônicas, a importância de realização do teste de glicemia para pesquisa da diabetes, cumprimos com as orientações sobre higiene bucal e pessoal, riscos do tabagismo e drogas. De modo geral as ações previstas no projeto foram desenvolvidas quase em sua totalidade com a ajuda da equipe e com a participação das comunidades e suas principais lideranças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Das ações planejadas só não foram cumpridas aquelas que de fato saíram da nossa governabilidade: a reunião com a gestão municipal no início da intervenção para solicitar os recursos que iriam garantir o bom desenvolvimento da intervenção. Esta ação não aconteceu, pois a gestão sempre marcava de ir e não comparecia às reuniões. A equipe solicitou várias vezes, mas sem efeito.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção existiram algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, principalmente na seção que gera os indicadores. Mas depois fomos entendendo e preenchendo sem dificuldades, a avaliação das mesmas foi feita pelo médico e revisada pela enfermeira mês por mês.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já faz parte da rotina de trabalho da equipe, todos ficaram conscientes da importância dela e não tem dificultado a realização das demais ações programáticas. Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação programática. Temos o compromisso com a comunidade de manter a meta de 100% dos idosos cadastrados. Além disso, trabalharemos para implementar uma maior participação do NASF nas atividades na comunidade e ficamos otimistas quanto ao apoio dos gestores municipais para dar continuidade a tão importante trabalho. Tentaremos melhorar também na integração de todas as ESF da UBS, para incorporar todas as ações à rotina de trabalho da UBS colocando-as em prática, para cumprir o nosso objetivo que é melhorar a saúde da população brasileira.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

OBJETIVOS: 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. 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.

A Figura 1 mostra a proporção dos idosos cadastrados na intervenção. No primeiro mês, 24 (25%) idosos foram cadastrados, no segundo mês foram 52 (54,2%) idosos e, no segundo mês foram 96 (100%) idosos cadastrados. A meta proposta de 80% foi ultrapassada, alcançando a excelência do serviço. A cobertura do serviço foi monitorada semanalmente pela enfermeira, um bom acolhimento aos idosos foi oferecido e, a comunidade foi esclarecida sobre a importância de atenção à saúde do idoso e sobre a prioridade do atendimento a esse grupo etário. Além disso, este resultado foi possível também pela capacitação da equipe e pela ação dos agentes comunitários de saúde na busca daqueles usuários ainda desassistidos. Por fim, foi possível pela ampliação dos conhecimentos da equipe sobre o programa de humanização de atenção à saúde do idoso.

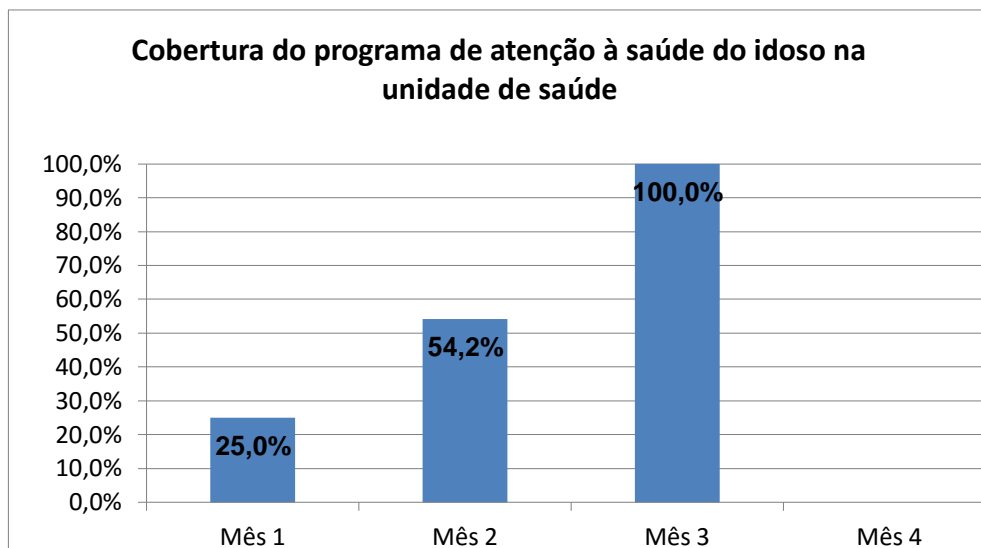


Figura 1. Gráfico do Indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de saúde Maranata, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2: “Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS”:

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

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

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

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

Este indicador permaneceu em 100% nos três meses de intervenção, ou seja, todos os idosos cadastrados receberam avaliação multidimensional rápida. Isto foi possível acolhendo os idosos, garantindo com o gestor a disponibilização de transporte para a UBS, e cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. A qualificação da prática clínica também permitiu que este indicador permanecesse em excelência durante os três meses de intervenção pela capacitação da equipe no acolhimento dos idosos com maior risco, assim como na realização e interpretação do teste avaliação multidimensional rápido, e ampliação do conhecimento da equipe sobre o programa de atenção à saúde do idoso

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.

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

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

Este indicador permaneceu em 100% nos três meses de intervenção, ou seja, todos os idosos cadastrados foram submetidos a exame clínico apropriado nas consultas. Isto foi possível pela realização de ações como estabelecimento do sistema de alerta para fazer o exame clínico, monitoramento pela enfermeira da realização de exame clínico em todos os idosos, e esclarecimento da comunidade sobre a necessidade de realizar o exame clínico. A capacitação da equipe para realização do exame clínico adequado e identificação do sistema de alerta.

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

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

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

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

Este indicador também se manteve em 100% durante toda a intervenção, ou seja, todos os idosos receberam solicitação de exames complementares conforme a necessidade segundo o protocolo do ministério de saúde. Durante esta ação, a solicitação de exames complementares foi monitorada e registrada na Caderneta do Idoso, e a comunidade foi esclarecida sobre a importância da realização dos exames complementares e sua importância na detecção precoce de doenças tratáveis. A equipe também foi capacitada, especialmente enfermeira e técnicos de enfermagem,

para solicitar os exames de acordo com o protocolo do ministério de saúde para os idosos.

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

A Figura 2 mostra a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. No primeiro mês 18 idosos (75%) tiveram prescrição de medicamento da farmácia popular, no segundo mês foram 46 (88,5%) idosos e, no final da intervenção, 74 (77,1%) idosos receberam a prescrição de medicamento da farmácia popular.

Na UBS tivemos dificuldades com a disponibilidade da medicação na unidade de saúde. Sendo assim, alguns usuários compraram os medicamentos, pois foi explicado sempre a importância deles para evitar as complicações. Além de realizar diferentes ações como garantir o fácil acesso para adquirir os medicamentos, a enfermeira monitorou a prescrição de anti-hipertensivo e hipoglicemiantes em todos os idosos, esclareceu-se as comunidades sobre a importância da utilização dos mesmos para a saúde dos idosos, capacitou-se todos os profissionais da equipe para a prescrição dos medicamentos da farmácia popular priorizada aos idosos.

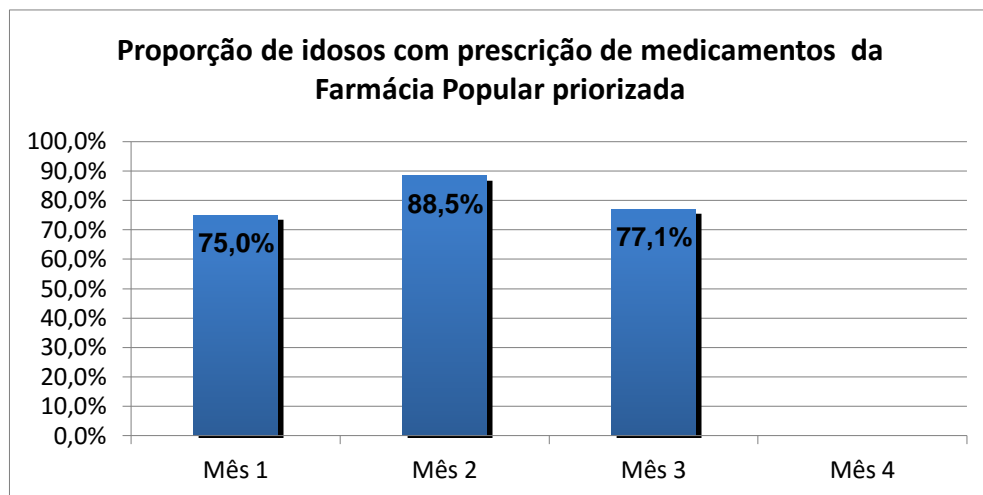


Figura 2. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na Unidade Vilã Maranata, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (162 - Estimativa de 8% dos idosos da área)

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

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

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

No primeiro mês, 1 idoso acamado foi cadastrado, no segundo mês foram 5 idosos e no terceiro mês foram 6 idosos. Este indicador permaneceu em 100% nos três meses de intervenção, ou seja, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção na área foram cadastrados. Para conseguir este êxito, a equipe foi capacitada e treinada para o manejo adequado. A comunidade foi esclarecida da importância do manejo de idoso acamado ou com problema de locomoção e todos receberam visita domiciliar.

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

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

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

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

Todos os idosos receberam visita domiciliar. Sendo assim, este indicador permaneceu em 100% nos três meses da intervenção. Foram planejadas todas as visitas em conjunto com os agentes comunitários, e a equipe foi capacitada e treinada sobre a importância das visitas domiciliares de idosos acamados ou com problema de locomoção e o manejo adequado destes usuários.

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

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

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

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

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários assistidos foram rastreados para HAS. Os usuários receberam orientações individuais, foi organizado o acolhimento dos idosos na UBS pelo técnico de enfermagem e, a equipe capacitada e treinada para correta aferição de pressão arterial. Realizamos palestra na comunidade esclarecendo a importância do controle da pressão arterial.

Meta 2. 8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários assistidos foram rastreados para DM. Além da realização de ações de saúde como teste rápido de glicemia, a equipe foi capacitada para o rastreamento da diabetes, e os usuários foram informados sobre a importância do teste rápido de glicemia, e treinada para realizar palestras na comunidade sobre a importância do diagnóstico e tratamento oportuno da 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.

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.

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Para tal, a qualificação do atendimento clínico consistiu também da avaliação da saúde bucal dos usuários para rastreamento das doenças bucais. Além disso, foi organizada a agenda de saúde bucal, se o encaminhamento e realização das consultas odontológicas foram monitorados. A comunidade também foi informada sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos.

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

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

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

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

A Figura 3 mostra a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. As consultas odontológicas não estavam sendo feitas pela falta de odontólogo. No primeiro mês, 16 (66,7%) idosos, no segundo mês 32 (61,5%) idosos com primeira consulta odontológica programática, e no terceiro mês foram 54 (56,3%) idosos com a primeira consulta odontológica programática. Além da realização de ações de saúde como organizar agenda para garantir a primeira consulta odontológica, a realização da primeira consulta odontológica foi avaliada pela enfermeira, e os idosos foram informados sobre a importância da realização da consulta com o dentista. A avaliação odontológica foi um dos problemas mais observados e neste caso não alcançamos os resultados que desejávamos, pois não contamos com odontólogo nas primeiras 8 semanas no serviço, sendo o indicador mais afetado no primeiro mês com 56,3%, muito baixo pelo difícil acesso aos serviços privados, melhorando com a chegada de nossa odontóloga.

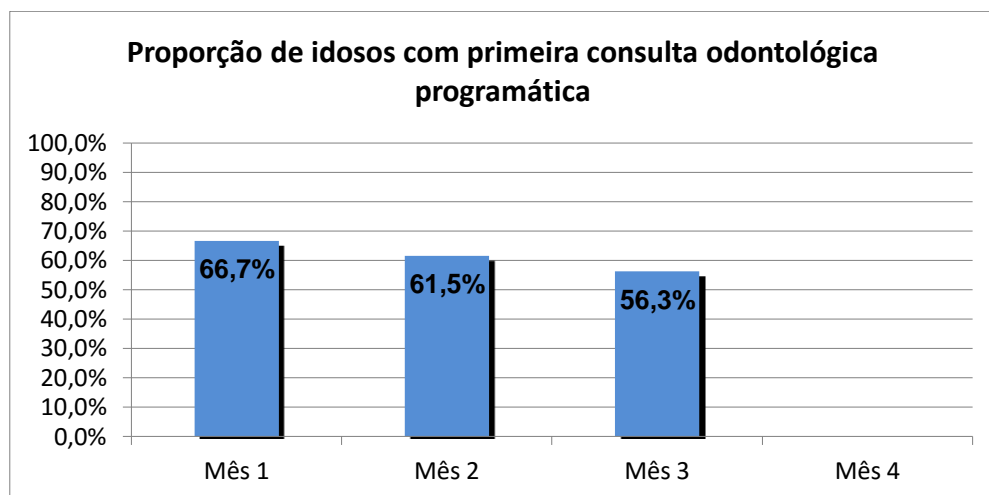


Figura 3. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade Vilã Maranhata, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas

No primeiro mês um idoso faltou à consulta e recebeu busca ativa. Nos demais meses nenhum idoso faltou à consulta. Sendo assim, este indicador permaneceu em 100% durante os três meses de intervenção. Para tal, se organizaram visitas domiciliares para a busca ativa de idoso faltoso, e se organizou a agenda para acolher a demanda de idoso provenientes das buscas. Em palestras e em visitas domiciliares, as comunidades foram informadas sobre a importância da saúde do idoso e do acompanhamento regular. Além disso, as comunidades foram ouvidas sobre estratégias para que não ocorra evasão dos idosos do programa.

Objetivo 4. “Melhorar o registro das informações”.

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

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

Numerador: Número de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os idosos estavam com registro atualizado. Diferentes ações foram feitas para isto. Por exemplo. O registro foi monitorado semanalmente, o número de idosos com ficha espelho atualizada foi monitorada (registro de PA, vacinas, medicamentos, orientações e exames laboratoriais). Além disso, um local específico para o armazenamento das fichas espelho foi criado.

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

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

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

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

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses de intervenção, ou seja, todos os idosos acompanhados receberam a Caderneta da Pessoa Idosa receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa. Diferentes ações, como a capacitação da equipe no preenchimento correto e, o apoio dos gestores em relação ao fornecimento do número suficiente de cadernetas foram responsáveis pelo sucesso deste indicador. Os idosos foram orientados para a importância de levar a caderneta toda consulta.

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.

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.

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os idosos foram rastreados para o risco de morbimortalidade. Isto foi possível pela avaliação dos idosos na primeira consulta em relação ao risco para morbimortalidade avaliado pelo médico. As comunidades foram informadas sobre a importância da avaliação de risco para morbimortalidade e, a equipe foi capacitada de acordo com o protocolo do ministério de saúde para realizar a consulta de avaliação de risco para morbimortalidade.

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

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

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

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

Este indicador também permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção, ou seja, todos os idosos foram avaliados para a fragilização na velhice em dia, no primeiro mês foram 24 idosos de 24 tinham avaliação para fragilização na velhice. Isto foi possível pela avaliação dos idosos durante as visitas domiciliares e avaliação pelo médico em cada consulta. A equipe foi capacitada para realizar a avaliação para fragilização na velhice.

Meta 5. 3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: 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.

A Figura 4 mostra a proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. No primeiro mês, todos os idosos (n=24, 100%) receberam avaliação de rede social. No segundo mês, 50 (96,2%) idosos receberam avaliação de rede social e, no terceiro mês, 89 (92,7%) idosos receberam avaliação da rede social. A realização de avaliação da rede social foi monitorada durante toda a intervenção, semanalmente pelo médico e pela enfermeira. As visitas domiciliares foram organizadas para aqueles com rede social deficiente. Os idosos e a comunidade foram orientados em como acessar o atendimento priorizado na UBS. Além disso, a equipe foi capacitada para avaliar a rede social dos idosos.

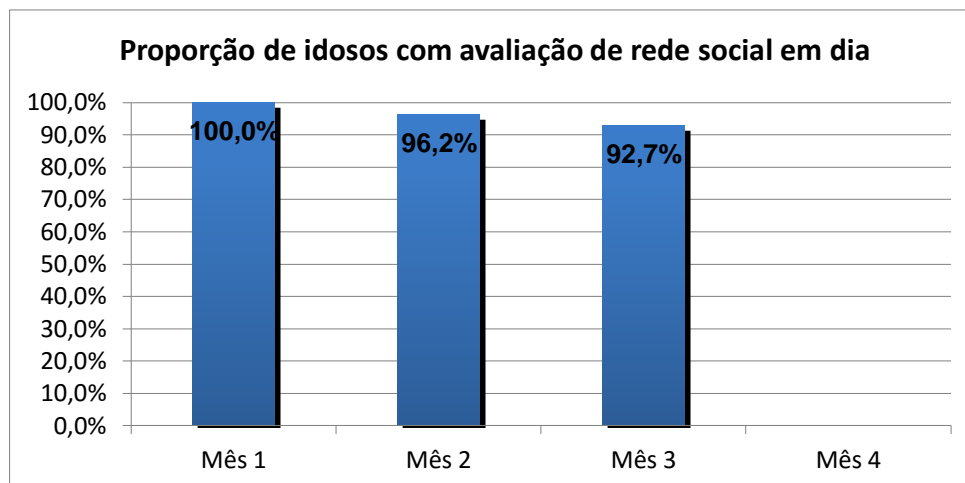


Figura 4. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade Vilã Maranata, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde do idoso

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

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

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

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

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os idosos receberam orientação para hábitos alimentares saudáveis. Estas orientações foram dadas a nível coletivo e individual. Desde o começo da intervenção os idosos receberam orientação nutricional sempre sendo explicado quais são os alimentos mais saudáveis, as comidas mais prejudiciais. Estas orientações foram repassadas com sucesso devido à capacitação da equipe. As comunidades foram orientadas também pelas palestras realizadas, visitas domiciliares e nas consultas clínica.

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção, ou seja, todos os idosos receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Desde o começo da intervenção os idosos receberam orientação sobre prática de atividade física regular sempre sendo explicado sobre os exercícios físicos mais saudáveis. As equipes de saúde foram capacitadas para orientarem da melhor maneira, e da forma correta, sobre a prática de exercícios físicos. Outras ações foram realizadas, como estabelecimento do papel da equipe na promoção sobre prática de atividade física regular os idosos, e compartilhamento das orientações com as comunidades.

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

Este indicador também permaneceu em 100% durante os três meses de intervenção. Todos os idosos acompanhados receberam orientações adequadas sobre higiene bucal e sua importância para um bom desenvolvimento da saúde geral. Estas atividades foram realizadas nas visitas domiciliares, nas palestras e nas consultas clínicas, sempre fazendo esclarecimento sobre as dúvidas do idoso, e no último mês com ajuda da odontóloga foi mais produtivo. As atividades educativas individuais foram monitoradas e, foi organizado o tempo médio das consultas para propiciar e garantir orientações em nível individual.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS Vila Progresso, comunidade Maranata de Bailique, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos atendimentos dos idosos, começando por uma organização no trabalho, capacitação do pessoal que faz acompanhamento deles com a obtenção de melhorias na qualidade e quantidades dos atendimentos seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

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 das pessoas maior de 60 anos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. O projeto mudou muita coisa na unidade básica de saúde, fundamentalmente na equipe que se mostrou o tempo todo muito interessado e cooperativo, os agentes comunitários de saúde foi importante na pesquisa e apoio as atividades da equipe, sem eles não podia ser feito o trabalho, eles conhecem sua população seus principais problemas de saúde e como chegar a cada um dos membros das comunidades, em palestras conheceram os principais métodos para fazer um melhor acolhimento e busca ativa de idosos faltosos pelo desconhecimento da importância do seguimento pelo equipe de saúde as pessoas idosas. Os técnicos de enfermagem receberam aulas, capacitações e foi possível trabalhar com cada objetivo, metas e ações que determinaram um resultado positivo para a equipe repercutindo na satisfação da população, neste período foi zero a mortalidade de pessoas idosas.

A intervenção repercutiu positivamente para a equipe permitindo trabalhar juntos, capacitar todos os integrantes da equipe, obtendo superação e conhecimentos para uma melhor pesquisa, um melhor acolhimento dos idosos, mais preparação para a rotina diária, administração de vacinas, de medicamento, dar orientações sobre tudo que se referente ao manejo da pessoa idosa. A equipe está mais preparada profissionalmente ganhou em experiências e em conhecimentos, dominam o programa de atenção à saúde do idoso seguindo o Ministério da Saúde, e a rotina diária faz do trabalho de atenção à saúde do idoso um programa prioritário em nossa UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas no médico. 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.

Nossa intervenção é muito importante para o serviço já que estabeleceu as condutas da rotina diária com o programa de atenção à saúde do idoso, se estabeleceram os dias de consultas agendadas, os dias de entrega de medicamentos e se priorizam os atendimentos a todos os idosos que moram longe da UBS. Buscamos com nosso projeto de trabalho que todas nossas comunidades conheçam sua equipe, seu médico, enfermeira, os técnicos e cada um de seu agente comunitário de saúde, levando respeito, pesquisando cada comunidade, obtendo resultados favoráveis, incluindo todas as pessoas maior de 60 anos e fazer que se sintam como pessoas com direito a saúde e a um atendimento de qualidade. A realização de palestras, a realização de vacinação nas comunidades, a busca ativa de idosos faltosos e seu posterior agendamento das consultas, as orientações recebidas fizeram desta intervenção uma meta alcançada em nossas comunidades buscando uma resposta positiva de aceitação tanto de nossos usuários como das principais lideranças.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Neste momento que os protocolos de saúde são conhecidos pelos integrantes da equipe, a população já conhece dos atendimentos na UBS onde podem chegar e ser atendidos na mesma semana, contamos com o protocolo de trabalho, as fichas espelho, conhecemos todas as dificuldades pela cultura e idiossincrasia do povo, eles são visitados na sua casa onde recebem mais informação junto com as palestras, continuaremos o trabalho do mesmo jeito pelos objetivos alcançados, mas seria necessário poder contar com um laboratório clínico para poder fazer todos os exames complementários seguindo o protocolo do Ministério da Saúde e trabalharíamos mais nas comunidades.

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 à saúde dos idosos.

O trabalho já faz parte da rotina diária, com o programa de atenção à saúde do idoso como o mais importante para manter os indicadores de mobilidade e mortalidade do município, estado e país, pois os resultados foram muito bons, os usuários estão mais satisfeitos ao igual que a comunidade de forma geral. Será bom fazer muitas melhoras na intervenção assim como o fluxo de consultas dentro e fora das comunidades, o atendimento domiciliar mínimo uma vez ao mês o que faz com que os idosos se sintam bem atendidos e recebam as orientações nutricionais, de higiene pessoal e bucal, sobre a prática do exercício físico, dentro de seu domicílio, garantindo mais confiança com o serviço e o trabalho da equipe.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores, sou José Luis López Guerrero intercambista do Programa Mais Médicos, que atua na ESF 028 na UBS Vila Progresso Maranata do Bailique. Estamos fazendo o curso de Especialização em Saúde da Família e em conjunto com a equipe onde atuo como médico, durante 12 semanas, realizamos várias ações na unidade. Todo trabalho foi assessorado pela Universidade Federal de Pelotas, direcionando o trabalho em quatro eixos temáticos principais: qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação das ações; engajamento público e a organização e gestão do serviço.

A equipe 028 da UBS de Bailique, município Macapá, estado Amapá, realizou uma intervenção de acordo com as exigências da Especialização em Saúde da Família com o objetivo de Melhorar a Atenção à Saúde dos Idosos.

Começamos com as capacitações de todos os membros da equipe priorizando os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem que realizam um papel fundamental, incentivando com um maior empenho e dedicação no acompanhamento das pessoas maior de 60 anos, para um bom atendimento no programa de saúde do idoso.

O acompanhamento foi planejado. Durante a primeira semana estudamos o protocolo do Ministério da Saúde, capacitamos a equipe enfatizando a busca ativa e os cadastros das pessoas de 60 anos ou mais para fazer as consultas, e agendando sua próxima consulta. Nos atendimentos era feita a avaliação de risco, assim como, dadas as orientações individuais com o apoio das principais lideranças comunitárias, palestras e visitas domiciliares oferecendo as orientações aos idosos. Com a

participação da comunidade, os líderes procuraram locais para o atendimento e auxiliaram na busca dos faltosos e no cadastro dos usuários na comunidade. A principal palestra realizada foi a importância do Programa de atenção à saúde dos idosos e acompanhamento dos idosos acamados, dando ênfase na alimentação adequada, prática do exercício físico, vacinação, cuidados da higiene pessoal, bucal e ambiental. Em cada residência visitada, estes temas foram abordados de forma mais individual, com a participação de toda a família.

Apresentamos dificuldades com os exames laboratoriais, pois nossa UBS não tem o serviço de laboratório clínico e pelo difícil acesso à capital, muitos idosos não realizam os exames. Esta dificuldade é muito preocupante para nossa equipe já que é primordial a realização dos exames para o conhecimento e tratamento de algumas doenças.

A avaliação odontológica foi um dos problemas mais observados. Neste caso não alcançamos os resultados que desejávamos, pois não contamos com odontólogo nas primeiras 8 semanas no serviço, sendo o indicador mais afetado no primeiro mês com 56,3%, percentual muito baixo pelo difícil acesso aos serviços privados, melhorando com a chegada de nossa odontóloga.

Conseguimos ótimos resultados em várias metas. Durante a intervenção todos os idosos receberam orientação nutricional (alimentos mais saudáveis, o jeito de alimentação, as comidas mais prejudiciais). A prática do exercício físico na própria casa também foi um tema abordado, explicando a importância de alguns exercícios específicos para a saúde dos idosos, a importância da vacina contra a gripe, os cuidados com a higiene bucal e pessoal, o risco de acidente em idosos, riscos de tabagismo, e consumo do álcool e drogas. Essas ações foram desenvolvidas nas visitas domiciliares, nas palestras e nas consultas, sempre esclarecendo as dúvidas dos idosos. Realizamos também 100% da avaliação multidimensional rápida, mantivemos 100% dos registros na ficha espelho do idosos. Obtivemos excelentes resultados dos indicadores.

A intervenção foi melhorando com o decorrer da intervenção. No início tivemos dificuldades, pois a equipe não tinha a organização necessária, engajamento e desenvolvimento deste trabalho. Entretanto, com as capacitações, a cada semana, mostrou-se uma alta competitividade para fazer a atividade buscando cumprir as metas e objetivos propostos.

Temos que agradecer a todos os integrantes da equipe pela participação e o entusiasmo no trabalho. Destaca-se o trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde, que conseguiram melhorar a qualidade do seu trabalho, aproximando-se da comunidade com mais respeito e conhecimentos. Também aos integrantes da comunidade pelo apoio dado sendo impossível a realização da intervenção sem sua colaboração.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Meu nome é Jose López Guerrero e trabalho na ESF da Unidade Vila Progresso, Maranata do Bailique. Junto com os integrantes da equipe realizamos uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Foram realizadas ações programáticas em doze semanas de trabalho, propostas pela especialização em Saúde da Família, da Universidade Aberta do SUS – UNASUS e Universidade Federal de Pelotas, conseguindo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica.

Nossa equipe 028 de ESF da Unidade Vilã Progresso, Maranata do Bailique se reuniu com a comunidade para conversar sobre a intervenção realizada na UBS, município Macapá, estado de Amapá. A intervenção tratou de melhorar a atenção aos idosos, um programa priorizado pelo Ministério da Saúde, favorecendo as comunidades para uma atenção de qualidade.

A equipe unida realizou um trabalho excelente. A comunidade participou ativamente da intervenção, sempre colaborou ativamente. Os líderes da comunidade ajudaram ativamente também com muitas informações dos idosos, colaboraram com os locais das atividades coletivas. Participaram das palestras sobre: a importância da atenção à saúde do idoso, do cadastramento e da primeira consulta, da realização dos exames de controle, sobre as orientações sobre alimentação adequada, danos das drogas, do tabagismo e álcool, da importância das visitas aos idosos acamados ou com problema de locomoção. Muitas vezes, durante estas atividades, relatavam as suas experiências, sendo muito interessante. Tudo isso para melhorar o atendimento dos usuários que residem na área de abrangência da UBS.

Toda a equipe recebeu capacitação e treinamento do programa de atenção à saúde do idoso seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Isso elevou o conhecimento da equipe e melhorou a capacidade de orientar, fazendo com que as informações dadas à comunidade fossem com maior qualidade nas palestras e nas atividades realizadas com grupos de idosos da comunidade. Ao final da intervenção todos os idosos da área foram cadastrados (96 idosos).

Não podemos deixar de falar sobre as dificuldades que existiram, como a falta de laboratório para coleta de materiais para exames, sendo avaliada a possibilidade de deslocamento ao município. O atendimento médico foi realizado sem dificuldade,

cumprindo com o seguimento adequado do programa de atenção à saúde do idoso, priorizando aqueles idosos que moram mais longe e que seu deslocamento depende da água do rio. As visitas domiciliares foram realizadas sistematicamente, dando prioridade aos idosos de maior risco, assim como a busca dos usuários faltosos, sempre com a participação dos ACS e líderes da comunidade.

As palestras educativas e orientações sempre foram temas de interesse para nossos usuários, utilizando palavras muito simples para que pudessem compreender a temática e a finalidade daquelas orientações como higiene pessoal, bucal e ambiental adequada para evitar infecções, a importância da alimentação adequada e balanceada, prática dos exercícios físico, uso adequado e sistemático de medicamento para as doenças crônica, seguimento dos controles e consultas.

O trabalho feito pela equipe em parceria com a comunidade foi em busca de avançar na qualidade e acompanhamento dos idosos, coisa que foi demonstrada pelos resultados obtidos, melhorando o cadastramento dos mesmos, a assistência às consultas e o compromisso particular com a saúde de cada um. Ao final, os resultados foram excelentes, sempre tentando melhorar mais e levando saúde a cada um em sua casa (saúde em casa). Programa apoiado pela secretaria de saúde de Macapá, Amapá.

Durante a intervenção todos os idosos receberam orientação nutricional, com explicações sobre os alimentos mais saudáveis, o jeito de alimentação, as comidas mais prejudiciais, a prática do exercício físico em casa, riscos de tabagismo, e do consumo do álcool e drogas e higiene bucal, o risco de acidente nesta faixa etária, a importância das vacinas, e o uso adequado de medicamentos. Essas ações foram desenvolvidas nas visitas domiciliares, nas palestras e nas consultas, sempre esclarecendo as dúvidas dos idosos. Realizamos também 100% da avaliação multidimensional rápida, mantivemos 100% dos registros na ficha espelho dos idosos. Alcançamos 100% da avaliação de risco para morbimortalidade. Obtivemos excelentes resultados. Continuamos contando com a participação de todos!

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Cheguei ao Brasil em novembro 2013, com a experiência de outras missões em outros países, como Venezuela. Ali também as expectativas de aprendizagem foram muitas. Os sistemas de saúde não estavam bem organizados e existiam muitas doenças atualmente erradicadas em Cuba e no mundo todo.

Ao chegar ao Brasil para trabalhar no programa Mais Médicos para o Brasil, sempre tive muitas expectativas, pois ia conhecer um sistema de saúde muito parecido aos que já havia conhecido. Mas não foi assim. Encontrei um sistema de saúde adiantado, qualificado, organizado. Sempre soube que atuaria nas comunidades mais isoladas. Desde o início do curso em Brasília percebi que poderia adquirir um conjunto de conhecimentos básicos tanto no idioma como em saúde da família, desenvolvida de um jeito similar, mas não exatamente igual ao que estava acostumado, ou seja, o fato de ter saúde pública, e também setor privado. Mesmo assim sempre quis cumprir o principal objetivo que era contribuir na melhoria do estado de saúde da população mais carente do Brasil.

Quando nos falaram do curso de especialização em Saúde da Família, me senti um pouco agoniado, pelo fato do idioma. Mas tinha a certeza de que a troca de conhecimentos e experiências com profissionais cubanos e de várias regiões do país, além dos orientadores do curso, cuja ajuda tem sido indispensável, seria um grande avanço para desenvolver o meu trabalho. O projeto pedagógico, a organização do curso, e os objetivos bem traçados e bem definidos seriam uma ferramenta muito eficaz para combater os principais problemas de saúde da comunidade e melhorar os indicadores de saúde na população da área de abrangência.

Inicialmente foi identificada uma série de problemas na estrutura da UBS. Entretanto, a cada dia, nossa equipe estava mais unida para ultrapassar estas limitações. E diante de novos e maiores desafios, tudo foi possível realizar pela equipe

engajada e dedicada: uma enfermeira capaz, jovem e com muito desejo de trabalhar, assim como os técnicos de enfermagem e nossos agentes comunitários de saúde.

A equipe começou unida e articulada. Com os manuais de atenção básica, o protocolo de saúde, os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas, nos materiais fornecidos pelo curso e nas trocas de experiências com os demais colegas foi possível organizar o trabalho, esclarecendo as atribuições de cada profissional da equipe e, engajando a comunidade.

Quando cheguei no Brasil e comecei a trabalhar, achava que ia ser mais difícil a minha adaptação ao idioma. Mas a convivência nas comunidades fez com que eu aprendesse a me comunicar e a compreender os usuários, permitindo que interagisse com as comunidades através de palestras e reuniões com as principais lideranças. Dessa forma, consigo manter relações de confiança com os usuários garantindo sua participação nas atividades tanto da unidade de saúde, como nas comunidades no cuidado individual e coletivo. Além disso, a equipe teve um papel importante na organização dos serviços de saúde, aumento da vigilância sanitária higiênico-epidemiológica, na prevenção de doenças como dengue, malária e outros.

Identificamos as deficiências da UBS com relação ao planejamento, agendamento, busca ativa de usuários faltosos em programas prioritários como atenção à saúde do idoso, pré-natal e puerpério, vacinação, e a importância de desenvolver uma atenção integral de qualidade garantindo as ações de promoção e prevenção (pilares fundamentais da atenção primária de saúde). Tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso, seremos cada dia pessoas mais humanas e mais sensíveis, além de melhores profissionais com êxito e enfoque preventivo.

Referências

BRASIL. Ministério de saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2013. Caderno de Atenção Básica n. 19. Série A. Norma e Manuais Técnicos Caderno de Atenção Básica, n. 19.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 out. 2014.

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 B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1													
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1												
5		2												
6		3												
7		4												
8		5												
9		6												
10		7												
11		8												
12		9												
13		10												
14		11												
15		12												
16		13												
17		14												
18		15												
19		16												
20		17												
21		18												
22		19												
23		20												
24		21												
25		22												
26		23												
27		24												
28		25												

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