

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



Trabalho de Conclusão de Curso

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

Alexis Chacón Nuviola

Pelotas, 2015

Alexis Chacón Nuviola

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

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

Orientadora: Daniela Patrícia Evangelista dos Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

N989m Nuviola, Alexis Chacón

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Itamatatuba,
Macapá/AP / Alexis Chacón Nuviola; Daniela Patrícia Evangelista dos
Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Santos, Daniela Patrícia
Evangelista dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus filhos Leysi Chacón Diaz e Alexeis Chacón Diaz, pois são eles a minha maior razão para viver e lutar, a força que me impulsiona para alcançar meus objetivos.

À minha família que eu amo e sempre está me apoiando na conquista de todos os meus sonhos.

À memória de minha mãe e minha esposa, cujo exemplo de amor e dedicação sempre me incentivaram para alcançar meus melhores sonhos e objetivos maiores.

Agradecimentos

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

A minha orientadora Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, pela ajuda ofertada no transcurso da investigação, pela sua paciência e compreensão, pois sem o seu apoio não seria possível a finalização do trabalho.

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

Resumo

NUVIOLA, Alexis Chacón. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Itamatatuba, Macapá/AP**. 2015. 77f. 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 morbimortalidade na pessoa idosa com mais de 60 anos, observamos uma ampliação na cobertura de acompanhamento na atenção à saúde dos idosos onde mantém elevada a incidência de doenças que podem ser evitáveis. O atendimento aos idosos é uma das ações que tem muita importância no contexto de atenção primária à saúde e com o atendimento de forma oportuna e correta evita muita doença e complicações que aparecem no idoso, já que as pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais podendo levar síndrome de fragilidade que expõem em perigo a qualidade de vida dos idosos com elevada morbimortalidade por Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) presente na área de abrangência da unidade. Diante disso, e da falta de dados fidedignos na UBS, a equipe escolheu saúde do Idoso como tema para a intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso, na UBS Itamatatuba, promovendo o cadastramento dos usuários na população na área de abrangências, mediante ações de promoção e prevenção. O levantamento foi possível pelo monitoramento constante dos dados dos idosos, com o preenchimento das fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados. O trabalho foi feito na UBS Itamatatuba, do Município Macapá, Estado Amapá, no período compreendido de março a maio de 2015. Tínhamos uma estimativa antes da intervenção superestimada (44% idosos cadastrados de 159 estimados, mas no transcurso da intervenção foi possível rever esses dados, em que cadastramos 70 (100%) idosos na área de abrangência). Todos os idosos tiveram avaliação Multidimensional Rápida em dia, realizaram exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos e tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia. Os indicadores de qualidade foram todos significativos com 100% de alcance de meta. Foram muito significativos os resultados alcançados na organização da equipe onde se faz um trabalho direito na comunidade para melhorar os atendimentos aos idosos com HAS e/ou DM. Conclui-se que o trabalho feito já foi incorporado à rotina do serviço, com a certeza de que tem se melhorado o estado de saúde dos idosos da área de abrangência e daqui para frente vão ser estendidas às demais ações programáticas segundo os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de Atenção a saúde do idoso na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá.	58
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá.	59
Figura 3	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá.	61
Figura 4	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

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

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
Referências	73
Anexos.	74

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Estratégia de Saúde da Família tem uma importância vital na Atenção Primária de Saúde (APS). O objetivo principal é ofertar atenção baseada na promoção, prevenção das doenças, reorientação a partir da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população fazendo tratamento preventivo, trabalhando fundamentalmente nos fatores de risco da população (BRASIL, 2012).

Trabalho no arquipélago Bailique, no município de Macapá, estado do Amapá. A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual trabalho fica a 7 horas de barco pelo rio Amazonas. Trabalho em uma unidade de saúde localizada na zona rural, na Ilha Itamatatuba, Bailique conformadas por mais de 10 comunidades. Atendo a comunidade de limão do curau com uma população de 3100 pessoas com baixo nível cultural carentes de atenção médica, pois não tem serviços de saúde perto só um posto médico de saúde que fica em Itamatatuba, onde se dificulta o cumprimento da consulta de puericultura para criança, o cumprimento do programa pré-natal e puerpério, o cumprimento do programa de prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama, o cumprimento do programa de prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus, o cumprimento do programa de atenção ao idoso, o cumprimento do programa atenção do saúde bucal, a pessoas que moram se atende por demanda espontânea. O posto médico faz encaminhamento para a UBS de Bailique e para o hospital de Macapá, nossa equipe está constituído por um médico, uma enfermagem, quatro técnicos de enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em relação à estrutura física do posto de saúde só tem uma sala de consulta, um local para fazer curativo, uma área de farmácia, uma pequena sala para

atendimento aos usuários para fazer prontuário e onde espera o usuário, não tenho água mineral, não tem sala de vacinação, sala de nebulização, sala de esterilização, sala para depósito, de material de limpeza, espaço para armazenamento de resíduo sólido, disponibilidade de equipamentos o mesmos carece muito, não tem nada, só contamos com um termômetro, um esfigmomanômetro e um estetoscópio, um glicômetro, uma balança para adultos, se necessita muitas coisas de equipamentos e instrumental cirúrgico para cirurgias menores, não temos cabo de bisturi, poucas laminas para bisturi, assim como material de sutura, pinças e tesouras. Não contamos com estetoscópio de Pinar, só com um sonar que tem que ficar no posto de saúde e não temos fitas métricas. É insuficiente o abastecimento dos materiais e insumos para desenvolver as ações no posto de saúde e de medicamentos de primeira linha no tratamento de doenças de emergências, antibióticos, analgésicos, antiparasitários em acordo com a relação definida na portaria no. 4.217 de 28 de dezembro de 2010. Estas dificuldades são orientada para secretaria de saúde onde se traçaram estratégia para o melhoria da unidade de saúde, a solução do problema não está em minha mão, depende do outras instituições.

Para prestar um serviço de qualidade à saúde da população, se planeja o atendimento na UBS de segunda até sexta-feira de manhã e de tarde em sala de consulta, são atendidos os usuários da área que são agendados e a demanda espontânea. Nas visitas e ações de saúde na comunidade aproveita-se o espaço para fazer palestras e intervenções sobre a prevenção de fatores de risco e outros agravos para a saúde.

De forma geral os usuários estão muito satisfeitos com o trabalho da equipe, onde a pessoa é atendida como um ser biopsicossocial e tratada com muito carinho, respeito e ética, orientando como melhorar seu estado de saúde assim como a saúde da família e da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Macapá, estado do Amapá, que possui 437.255 habitantes. Existem 23 UBS, sendo 20 localizadas na zona urbana e três na zona rural do distrito. A Estratégia conta com cinco módulos de saúde da família localizados no bairro Araxá, Brasil Novo, Infraero I, Santa Rita e Curiau, quatro equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e oito equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF), composta por assistente social, fonoaudiólogo, educador

físico e psicólogo. Em relação à saúde bucal o município conta com 44 equipes, mas não existe Centro de Especialidade Odontológica (CEO) municipal.

Estou alocado em uma UBS situada na zona rural, na Ilha de Itamatatuba, Bailique, formada por mais de 10 comunidades. Nossa equipe está constituída por um médico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem e nove ACS. Também damos assistência à comunidade de Limão do Curau, que possui cerca de 3100 habitantes. Trata-se de uma população com baixo nível socioeconômico e bastante carente de atenção médica. Nesta localidade não existe unidade de saúde, o que dificulta o cumprimento dos programas como puericultura, pré-natal e puerpério, Prevenção de Câncer de Colo de Útero (PCCU) e câncer de mama, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), atenção ao idoso e atenção de saúde bucal. O atendimento é feito por demanda espontânea no posto de Itamatatuba, que faz os devidos encaminhamentos para a UBS de Bailique e para o Hospital de Macapá.

Em relação à estrutura física, a unidade tem apenas um consultório, um local para fazer curativo, uma área destinada à farmácia, um pequeno espaço que serve simultaneamente como sala de espera e local para guardar os prontuários. Não tem salas para nebulização, vacinação e esterilização, bem como depósito para material de limpeza e para armazenamento de resíduo sólido. A iluminação é precária e faltam recursos básicos, como água mineral. A unidade é muito carente de equipamentos e só contamos com um termômetro, um esfigmomanômetro, um estetoscópio, um glicômetro e uma balança para adultos.

Necessitamos de instrumental para pequenas cirurgias como cabo e lâminas de bisturi, assim como material de sutura, pinças e tesouras. Não contamos com estetoscópio de Pinar, só com um sonar que não pode sair da unidade de saúde e não temos fitas métricas. Também é insuficiente o abastecimento dos materiais e insumos para desenvolver as ações na unidade como medicamentos de primeira linha para o tratamento de doenças de emergências, antibióticos, analgésicos, antiparasitários de acordo com a relação definida na portaria 4.217 de 28 de dezembro de 2010. Estas dificuldades são encaminhadas para Secretaria de Saúde. Temos medicamentos para doenças crônicas como diuréticos hidroclorotiazida e furosemida, captopril para hipertensão arterial e glibenclamida e metformina de 500 mg e 850 mg para diabetes mellitus, mas a quantidade não é suficiente para atender a demanda.

Os usuários não têm acesso a laboratório clínico, sendo encaminhados para a realização de exames complementares em Macapá, mas muitos não o fazem por falta de recursos econômicos para o deslocamento. Esta também é a situação de muitas gestantes que não realizam ultrassom durante toda a gravidez, trazendo muitas deficiências para a atenção pré-natal e comprometendo a qualidade da atenção primária. É muito difícil verificar o acesso dos usuários ao atendimento especializado já que não temos estratégias de agendamentos para essas consultas. Temos insatisfação com a remoção dos usuários em situações de emergências, uma vez que ficamos distantes dos hospitais e o deslocamento é feito por via fluvial, dependendo dos fatores geográficos e naturais, burocráticos e econômicos. Infelizmente, esta situação tem levado muitos usuários a óbito.

Nossa área de saúde conta com uma população estimada segundo o Caderno de ação programática (CAP) de 3100 pessoas com 1054 mulheres em idade fértil entre 10-49 anos, 657 mulheres entre 25-64 anos, 136 mulheres entre 50-69 anos, 47 gestantes, 65 menores de um ano de idade, 130 menores de cinco anos, 703 pessoas entre 5-14 anos, 1.913 pessoas entre 15-59 anos, 159 pessoas com 60 anos ou mais, 546 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão arterial e 156 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes. A equipe de saúde está fazendo o recadastramento da população e tem realizado estratégias de prevenção através de palestras e também com a realização de exames de rotina em pessoas obesas ou com riscos de adquirir doenças crônicas.

Antes de minha chegada à unidade, a população era atendida pelos técnicos de enfermagem e pela enfermeira basicamente por demanda espontânea. Atualmente, a equipe tem se reunido para fazer os agendamentos para as consultas de pré-natal, puericultura, Hipertensão e programa de PCCU. Também realizamos as visitas domiciliares aos idosos e usuários com doenças crônicas e isto tem organizado o fluxo de atendimento. Mas, ainda existem consultas por demanda espontânea, especialmente por se tratar de uma população com dificuldade de deslocamento e que não tem acesso a outro serviço de saúde. Além disso, não podemos esquecer que os mesmos usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção fora do agendamento.

A atenção à criança é a primeira ação estabelecida na atenção primária de saúde para redução da mortalidade infantil no país (BRASIL, 2012) Em nossa UBS a

consulta de puericultura é feita em conjunto com o médico e a enfermeira e se realiza todos os dias da semana, nos dois turnos para as crianças cadastradas. Além disso, existe muita demanda espontânea de crianças com até 72 meses para atendimento por problemas agudos que estão fora da área de cobertura. Infelizmente não temos protocolo de atendimento de puericultura e os registros são feitos em prontuários comuns.

Segundo estimativas do CAP temos oito (12%) crianças menores de um ano residentes na área de abrangência e que estão em acompanhamento na unidade. Destas, existem três (38%) que estão com a consulta em atraso em função da distância geográfica e com atraso na primeira consulta de puericultura que deveria ocorrer nos primeiros sete dias de vida. Na unidade de saúde não se realiza o teste do pezinho, nem triagem auditiva. Realizamos campanha de vacinação para todas as crianças que buscam a unidade. Nossa equipe realiza ações de promoção e prevenção à saúde nas comunidades para identificar problemas clínicos e encaminhar para tratamento adequado. Temos 100% dos indicadores de qualidade para orientação das mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, hábitos alimentares saudáveis para as crianças maiores e a importância da saúde bucal. A enfermeira, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários realizam atividades em grupo com as mães orientando sobre a importância da consulta de puericultura, a vacinação, a prevenção de diarreia, prevenção de anemia com a administração de ácido fólico e sulfato ferroso dos dois aos seis meses e sobre formas de evitar acidentes domésticos. Existem profissionais que são dedicados ao planejamento, administração e coordenação do programa de puericultura e responsáveis em levar os principais problemas para serem discutidos nas reuniões bimestrais.

Dentre as dificuldades encontradas na unidade em relação à atenção ao pré-natal e puerpério estão à falta de ficha de atendimento nutricional e a existência de gestantes com uma situação econômica tão precária que não podem se deslocar para fazer os exames de laboratório em Macapá, interferindo na qualidade da atenção. Também estamos em déficit na qualidade da atenção ao puerpério, segundo o CAP temos nove (14%) mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Dessas seis (67%) se consultaram antes dos 42 dias de pós parto, tiveram sua consulta puerperal registrada, receberam orientação sobre os cuidados básicos do recém nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e

planejamento familiar, tiveram as mamas e abdome examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências. Também temos muitas adolescentes menores de 15 anos grávidas, com condição socioeconômica precária e, geralmente, com a consulta em atraso. O fato de residirem longe da unidade de saúde somente agrava a situação. A equipe tem utilizado como estratégia as ações de promoção e prevenção de saúde em locais da comunidade, trabalhando com temas como a importância do pré-natal para evitar complicações obstétricas como retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade materno-infantil. Além disso, também trabalhamos a importância do planejamento familiar. As ações de atenção a gestante são planejadas de acordo com o protocolo de atenção pré-natal e todos os atendimentos são registrados em prontuário e ficha da gestante. As gestantes que não comparecem a unidade recebem visita domiciliar da enfermeira e dos ACS, orientando sobre a importância de comparecer a consulta puerperal.

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública no mundo devido a não existência ou pouca eficiência dos programas de rastreamento. O câncer de mama é o mais comum em todo o mundo e é considerado com bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. Entretanto, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil porque a doença é diagnosticada em estágio tardio. Em nossa unidade de saúde se realiza ações de rastreamento do câncer de mama com exame clínico e a solicitação de mamografia e o PCCU para controle do câncer do colo do útero. Em nossa área de abrangência temos estimativas, segundo o CAP de um total de 1054 mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos, 657 mulheres entre 25 e 64 anos e 136 mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Temos 657 (100%) de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS. Os indicadores de qualidade estão deficientes, pois temos 35 (5%) tiveram exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, avaliação de risco e exames coletados com amostras satisfatórias, 10 (2%) com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar, tivemos 100% apenas para as orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre DSTs. Temos ainda 120 (88%) mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS. Dessas 45 (38%) tem mamografia em dia e avaliação de

risco para câncer de mama, 5 (4%) com mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Estes exames são realizados pela enfermeira com a avaliação e monitoramento do médico. Durante as consultas também se orienta as mulheres o uso de preservativos em todas as relações sexuais para diminuir a chance de adquirir o Papiloma Vírus, sobre os malefícios do tabagismo e do excesso de peso. Todas as informações são registradas em prontuário, livro de registro e formulário para cito patológico. Também temos um arquivo onde se verifica as mulheres com exame de rotina em atraso e com exames alterados para se consolidar o acompanhamento através da busca ativa. A equipe também realiza ações de prevenção e promoção de saúde em espaços da comunidade, orientando como realizar o autoexame de mama e alertando para a importância para a realização periódica do PCCU. Também se aborda outros temas que afetam a saúde da mulher como importância da atividade física, riscos do consumo de álcool e tabagismo.

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. A doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais. A Diabetes mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção de insulina (BRASIL, 2012) Em nossa unidade, o atendimento para usuários portadores dessas patologias crônicas é realizado durante toda a semana e em todos os turnos. Temos 320 (59%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela UBS. Os indicadores de qualidade estão em 100%, temos apenas 275 (86%) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. E 30 (19%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela UBS, com todos os indicadores de qualidade em 100%.

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus é ser realizada pelo médico da UBS. O objetivo inclui identificar outros fatores de risco para doença cardiovascular, avaliar a presença de lesões em órgãos e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. O processo de educação em Saúde estabelecido entre o médico e a pessoa deve ser contínuo e iniciado nessa primeira consulta. Neste momento, é fundamental

investigar sobre seus antecedentes patológicos pessoais e familiares, realizar o exame físico e solicitar exames laboratoriais, que contribuirão para o diagnóstico. Além das consultas programadas para acompanhamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus, existem demanda de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos.

Nas consultas de enfermagem o processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. Existe protocolo de atendimento para usuários portadores destas doenças crônicas e as informações também são registradas em prontuários para a realização do planejamento, gestão e coordenação das ações dispensada aos adultos com hipertensão arterial e diabetes mellitus. O diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da UBS é fundamental, pois o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e problemas renais. A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência médica. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão e da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população é intensamente ligado a preservação da funcionalidade, a preservação da autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Na unidade, segundo estimativas do CAP existe um total de 159 idosos com 60 anos ou mais residente na área de abrangência, porém somente 70 (44%) são cadastrados. Destes, 30 (43%) são portadores de HAS e oito (11%) de DM, 100% tiveram Avaliação de Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia e avaliação de risco para morbimortalidade. Todos receberam orientação nutricional para hábitos

alimentares saudáveis e para atividade física regular. As consultas programadas são realizadas todos os dias da semana e em todos os turnos. Além disso, existem demandas de idosos por problemas de saúde agudos, pertencentes ou não à área de cobertura. O acompanhamento na unidade é realizado pelo médico e a enfermeira que realizam avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação da capacidade funcional global, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os usuários também recebem orientação nutricional para a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis e incentivo à prática de atividade física regular. Todos os atendimentos são registrados em prontuário clínico. A equipe planeja e organiza ações de prevenção e promoção objetivando a manutenção da capacidade funcional dos idosos assistidos na unidade. Essas ações também ocorrem nos espaços da comunidade, especialmente durante as campanhas de vacinação.

A visita domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado a esses usuários. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família e do usuário, pois é neste momento que os profissionais podem perceber os fatores de risco existentes e conseguir a adesão da família ao tratamento do idoso, orientando como conhecer os sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência nessa faixa etária. O diagnóstico e o tratamento adequado são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

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

Em nossa unidade, a situação do ESF/APS se mantém com os mesmos problemas estruturais e com a escassez de materiais e insumos. Sendo o mais grave a falta de medicamento para atender toda a demanda, mas infelizmente, a solução desse problema foge da minha governabilidade, dependendo das instituições de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. No Brasil, embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura de acompanhamento em atenção à saúde dos idosos onde mantém elevada a incidência de doenças que podem ser evitáveis, o objetivo de acompanhamento em atenção à saúde dos idosos é assegurar o desenvolvimento dos idosos permitindo um estado de saúde saudável. O atendimento aos idosos é uma das ações que tem muita importância no contexto de atenção primária à saúde e com o atendimento de forma oportuna e correta evita muita doença e complicações que aparece em idoso, já que as pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais podendo levar síndrome de fragilidade que expõem em perigo a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2012).

Nossa unidade de saúde é pequena para a população atendida, tem uma sala de espera para dez pessoas, conta com três janelas e não tem sistema de ventilação de ar condicionado, não tem local de recepção, tem uma sala onde se faz vacina e curativo, uma sala para farmácia, uma para fazer consulta de atendimento, não tem depósito para material de limpeza, nem sala para realização de triagem, consta de uma balança e fita para a medição, um banheiro para os pacientes e funcionários, é um local que tem falta de iluminação, necessitando utilizar todo tempo luz artificial, as paredes são de madeira e cimento, o consultório tem lavabo e equipamento mínimo para fazer a consulta, como escritório, cadeiras, maca multifuncional que permitem fazer os exames ginecológicos, tem gaveteiro para colocar os prontuários dos pacientes, minha equipe está composta por

médico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população total da área adstrita são 3100 pessoas segundo estimativas do CAP, com 70 (44%) idosos com 60 ou mais residentes na área e acompanhados pela UBS, 30 (43%) são portadores de HAS e oito (11%) de DM.

A população-alvo de minha ação programática são idosos pertencentes à área de abrangência da UBS, caracteriza-se sendo de nível econômico, social e cultural médio e baixo com um total de população de 3100 pessoas. Na UBS não tínhamos registros corretos do cadastro dos idosos da área de abrangência, todos os dados existentes eram estimativas do CAP, isso motivou a equipe a dar uma assistência maior a saúde dos idosos. Existem idosos fora da área de cobertura, com problema de saúde aguda, com pressão arterial alta sem avaliação e sem tratamento, agora temos feito algumas melhorias no estado de saúde dos idosos, pois a equipe tem acompanhado a pessoa idosa com HAS ou DM, conhecendo os fatores de riscos e como atuar sobre ele. Temos realizado esta melhoria através das ações feitas pela equipe nas consultas e nas visitas domiciliares na comunidade, pois passamos a conhecer a população e mostrar o trabalho desenvolvido pela equipe.

Nossa intervenção será muito importante para nossa unidade, já que temos que melhorar na atenção do Idoso, garantindo na visita domiciliar, onde o médico e a equipe de saúde realiza, avaliação global da pessoa idosa sobre seu estado de saúde, alimentação saudável, acuidade visual, acuidade auditiva, incontinência urinária, sexualidade, avaliação cognitiva, mobilidade e avaliação funcional do idoso, avaliação da violência intrafamiliar e maus tratos contra pessoa idosa e avaliação da depressão que é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio dos idosos. Temos que utilizar o protocolo específico para fazer muitas ações desenvolvidas nos critérios para classificar risco do Idoso, organizar os registros, realizar atividades de grupo, planejamento de consultas do Idoso, incrementando a qualidade de vida da população. Assim, nossa equipe está trabalhando para tratar de atingir aos objetivos e metas traçadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Itamatatuba, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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 três meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Itamatatuba, no Município de Macapá-AP. Participarão da intervenção os idosos da área de abrangência da UBS. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: 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).

Será feito em reunião de equipe mensalmente, o médico e a enfermeira vão revisar a ficha espelho, o prontuário e registro de atendimento dos idosos com acompanhamento, orientarão ACS para a pesquisa ativa do idoso e monitoramento do número de idosos atendidos nas consultas agendadas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos.

A equipe de saúde com os ACS planejará a visita na comunidade para acolher os idosos e posteriormente cadastrá-lo na unidade de saúde.

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

A equipe de saúde e os ACS, na comunidade, realizará o cadastramento domiciliar de 100% dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde, para o diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde do idoso e para planejar o atendimento na unidade de saúde.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

A equipe de saúde atualizará as informações do SIAB correspondente aos programas de atenção aos idosos.

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 fará visita na comunidade onde realizará reunião, palestra com os representantes da comunidade, para explicar a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade de saúde.

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

A equipe de saúde com os líderes comunitários realizarão reunião, palestra na igreja, escola da comunidade para informar sobre a existência do programa de atenção ao idoso na unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Na unidade de saúde fará reunião mensalmente, o médico e enfermeira, capacitará a equipe para realizar um melhor acolhimento aos idosos explicando os fatores de riscos, identificando e encaminhando o idoso frágil para a unidade de saúde.

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

Na reunião mensalmente na unidade de saúde, o médico e enfermeira capacitarão os ACS para realizar visita domiciliar para identificar e encaminhar os idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço para fazer planejamento assistencial.

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

Na unidade de saúde será realizada mensalmente reunião para capacitar a equipe na política nacional de humanização para desenvolver um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abarque a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do idoso, facilitando o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção.

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 enfermeira irão monitorar a realização da avaliação multidimensional rápida pelo menos anualmente em todos os idosos acompanhados na unidade de saúde para identificar os problemas de saúde de declínio funcional na pessoa idosa, aspecto familiar, social, cultural, econômico, afetivo, biológico 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...).

A secretaria de saúde e o gestor de saúde, com ajuda da equipe, garantirão a existência do recurso na unidade de saúde e na consulta de atendimento, para avaliar a todos os idosos, quanto ao peso e valores nutricionais.

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

Na unidade de saúde, a enfermeira e o médico realizarão uma avaliação multidimensional rápida dos idosos quanto aos problemas identificados que podem conduzir a situações de incapacidade severa, imobilidade, instabilidade, incontinência e declínio cognitivo, colocando o idoso em risco.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará reunião, palestra na igreja, escola para a orientação, informação, educação, comunicação e tratamento do idoso e sobre a importância desta avaliação no tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

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

A equipe de saúde vai compartilhar orientação sobre o idoso, aos familiares quanto as condutas esperadas em cada consulta, sobre os cuidados aos idosos e a correta utilização da atividade de educação referente a atenção do idoso para poder exercer o controle social.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde, na reunião mensalmente com a equipe, o médico e enfermeira capacitarão os profissionais para cadastramento e atualização da caderneta de saúde da pessoa idosa, conforme o protocolo adotado pela UBS.

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

Mensalmente, na unidade de saúde, o médico e enfermeira treinarão a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida do idoso para identificar e encaminhar o idoso frágil a UBS.

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

Na unidade, a enfermeira e médico, treinarão a equipe para o encaminhamento adequado da 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.

Na consulta o médico e enfermeira vão monitorar a realização de exame complementar, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico para prescrever tratamento medicamentoso aos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

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

A enfermeira e técnico de enfermagem realizarão visita domiciliar na comunidade para fazer avaliação do idoso, avaliar a pressão arterial e teste de glicemia e avaliar o exame clínico do idoso hipertenso e/ou diabético.

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar, na comunidade todos os dias para garantir a busca ao idoso que não realizam exame clínico apropriado e avaliar o estado de saúde do idoso.

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade todos os dias para cadastrar, agendar, acolher e planejar a atenção dos idosos hipertensos e diabético proveniente da busca domiciliar.

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

O médico irá monitorar, avaliar, encaminhar e garantir que a referência e contra referência do paciente idoso, com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, sejam encaminhadas aos serviços 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.

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade para orientar os usuários idosos e familiares sobre o estado nutricional do idoso, de manter uma dieta saudáveis e orientar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológica e a importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

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

A enfermeira e médico realizarão capacitação a equipe, na unidade de saúde mensalmente, sobre a orientação e realização de exame clínico apropriado ao idoso.

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

O médico realizará a capacitação, a toda a equipe, durante a reunião mensal na unidade de saúde, sobre a realização do registro adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas onde serão preenchidas nas fichas dos idosos e prontuários.

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

Monitoramento e avaliação

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

O médico e enfermeira, na unidade de saúde, monitorarão o número de idosos hipertensos e diabético com a realização de exame laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

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

O médico e enfermeira, na unidade de saúde, a cada quinze dias irão monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com a realização de exames laboratoriais, para verificação do estado de saúde e fatores de riscos de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico e enfermeira na unidade de saúde irão garantir a solicitação dos exames complementares dos idosos.

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

O médico e enfermeira, na unidade de saúde, garantirão com o gestor municipal a 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, na visita domiciliar do idoso, realizada na comunidade estabelecerão sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Engajamento público

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

O médico, enfermeira e ACS, nas visitas domiciliares e na consulta agendada orientarão os pacientes e a comunidade quanto a necessidade da realização de exames complementares.

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

A equipe de saúde, na unidade de saúde, na consulta agendada e nas visitas domiciliares orientarão os pacientes idosos sobre 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.

Em reunião de equipe mensalmente, na unidade de saúde, o médico e enfermeira capacitarão a técnica de enfermagem e ACS para seguir o protocolo adotado na UBS, 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 enfermeira, na visita domiciliar na comunidade, irão monitorar se o paciente adquiriu os medicamentos da farmácia popular para o tratamento de Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

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

O médico e enfermeira, com a colaboração da equipe farmacêutica, realizarão controle de estoque incluindo validade de medicamento para Hiperdia.

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

O médico e enfermeira, na unidade de saúde, terão um registro das necessidades de medicamento dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e avaliados durante as consultas.

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, na visita domiciliar e na consulta agendada, orientarão os pacientes idosos e familiares quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na 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.

Na unidade de saúde mensalmente, farão reunião com os profissionais de saúde para orientar sobre a atualização para o tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

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

Na reunião mensalmente, na unidade de saúde, o médico e enfermeira capacitarão a equipe de saúde para que na visita domiciliar na comunidade, possam orientar aos paciente e familiares sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

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

A equipe de saúde, na visita domiciliar na comunidade e na consulta programada, realizarão monitoramento sobre 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 enfermeira, da unidade de saúde, na visita domiciliar na comunidade garantirão, a cada quinze dias, a atualização do registro dos idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrado no programa.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar diária, na comunidade para informar com palestra reunião na escola e igreja sobre a existência do Programa ao idoso da unidade 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.

Na reunião que se realizará mensalmente no posto de saúde, serão discutidos temas, através de folhetos para capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problema de locomoção de toda área de abrangência.

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.

O médico e a enfermeira capacitarão mensalmente os ACS de nossa equipe, para fazer visita domiciliar uma vez por semana e realizar pesquisa ativa, casa por casa, de todos os idosos acamado ou com problema de locomoção.

Organização e gestão do serviço

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

A enfermeira organizará 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 realizarão visita domiciliar diária na comunidade para orientar e informar aos pacientes idosos com hipertensão/ou com diabetes e a familiares dos pacientes acamados ou com problema de locomoção como se deve solicitar a visita domiciliar.

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

A equipe de saúde, durante a visita na comunidade, realizará palestras com o objetivo de orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problema de locomoção.

Qualificação da prática clínica

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

Na reunião de equipe mensalmente, na unidade de saúde, capacitará e orientará os ACS com discussão de folheto 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.

A equipe orientará mensalmente os ACS, na reunião de equipe, sobre a importância da visita domiciliar na comunidade em busca de fatores de riscos para o reconhecimento dos casos que necessitam de 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 HAS, periodicamente pelo menos anualmente.

A equipe de saúde realizará visita na comunidade periodicamente para monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS

Na unidade de saúde, a equipe realizará atividade de discussão de temas, na reunião de equipe, para melhorar o acolhimento dos idosos portadores de HAS em nossa unidade de saúde.

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 garantirão material adequado para a aferição de pressão arterial esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica na unidade de saúde.

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 diária na comunidade de saúde, desenvolvendo palestras, na igreja, para orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

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

A equipe de saúde realizará palestra, discussão de materiais educativos na igreja e colocará materiais informativos na comunidade para orientar os usuários e a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde mensalmente haverá capacitação da equipe da UBS na realização da verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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 de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente pelo menos anualmente.

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade em busca de fatores de riscos nos pacientes idosos e na consulta programada e agendada o médico e enfermeira irão monitorar o número de idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetido a rastreamento para DM, periodicamente pelo menos anualmente.

Organização e gestão do serviço

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

Na unidade de saúde a equipe se reunirá mensalmente discutirá os materiais para melhorar o acolhimento dos idosos portadores de DM na unidade de saúde.

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

A secretaria de saúde e a equipe de saúde garantirão o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

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

Na unidade de saúde, a enfermeira criará nos prontuários e ficha de acompanhamento dos idosos um sistema de alerta como indicador daquele 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 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na comunidade de saúde a equipe realizará visitas domiciliares diária, com o objetivo de educar, orientar e buscar fatores de riscos no paciente idoso e orientará aos familiares e a comunidade sobre a importância de rastreamento para DM nos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

Na comunidade de saúde a equipe realizará visitas domiciliares diária, com o objetivo de realizar palestra, educar, orientar e buscar fatores de riscos no paciente idoso e orientar aos familiares e a comunidade sobre a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde se realizará reunião mensalmente onde se discutirá o tema estudado, orientando, informando e capacitando a equipe para a realização do hemoglicoteste aos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aquele com diagnóstico de HAS.

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

Monitoramento e avaliação

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

O monitoramento será feito em cada consulta de atenção do idoso, o médico e a enfermeira monitorarão a necessidade de tratamento odontológico, além de que todos os idosos devem ser avaliados por dentista, o que não é possível já que não contamos com odontólogo em nossa unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Na unidade de saúde, a equipe realizará visita na comunidade para organizar e planejar o acolhimento dos idosos na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde

A equipe de saúde realizará visita domiciliar diária na comunidade para cadastrar e organizar o cadastramento dos idosos na unidade de saúde.

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

Na unidade de saúde, a equipe, organizará, planejará e cadastrará os idosos para oferecer um atendimento prioritário aos idosos na UBS.

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

A enfermeira e a ACS realizarão visita na comunidade para planejar e organizar a agenda de saúde bucal para o atendimento dos idosos na consulta odontológica.

Engajamento público

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

A equipe realizará visita domiciliar na comunidade, para orientar e informar, a pessoa idosa e aos familiares, sobre a importância de avaliar a saúde bucal no idoso.

Qualificação da prática clínica

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

Na nossa unidade de saúde, o odontólogo realizará atividade de educação ao idoso, sobre saúde bucal e capacitará a equipe para realizar avaliação na comunidade sobre aquele idoso que necessitem tratamento odontológico.

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.

A enfermeira e o odontólogo, supervisionará e monitorará, na comunidade e na unidade de saúde, o número de idoso cadastrado com acompanhamento odontológico no período.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

A equipe de saúde se organizará para acolher os idosos na unidade de saúde.

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

A ACS na comunidade vai monitorar a utilização do serviço odontológico por idosos da área de abrangência onde apresentamos dificuldade pela falta de atendimento odontológico.

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

A enfermeira na unidade de saúde e na visita a comunidade organizará a agenda de saúde bucal para o atendimento dos idosos.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Na unidade de saúde a equipe realizará atendimento prioritário aos idosos.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita na comunidade com o objetivo de realizar atividade de educação, palestra, orientar e informar a comunidade sobre a importância do atendimento odontológico prioritário no idoso para a saúde geral e as demais atenções oferecidas na consulta de odontologia.

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar diária na comunidade para orientar, informar e educar a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais dos idosos.

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

Na unidade de saúde, a equipe realizará visita domiciliar na comunidade para realizar atividade de promoção, prevenção, informar e ouvir a comunidade sobre a estratégia para a captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde mensalmente realizaremos reunião com a equipe onde serão discutidos o tema desse estudo e capacitará a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com o protocolo da unidade de saúde.

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

Na unidade de saúde mensalmente realizaremos reunião com a equipe em que discutiremos esse tema capacitando a equipe e orientando a realização de visita na comunidade para realizar acolhimento e cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Na unidade de saúde, a equipe realizará atividade para capacitar os ACS para que em cada visita domiciliar na comunidade realizem captação de idoso.

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

Na nossa unidade de saúde não podemos capacitar os cirurgiões dentistas porque não contamos com unidade odontológica, mas orientaremos os odontólogos da outras unidades que serão nossa referência.

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.

O médico e a enfermeira realizarão visita, na comunidade, para orientar e verificar o cumprimento das consultas dos idosos, onde a enfermeira revisará, a cada quinze dias, os prontuários e a ficha dos idosos para monitorar o cumprimento das consulta prevista no protocolo de atendimento adotado pela unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

A equipe de saúde realizará visita domiciliar diária na comunidade em busca de pacientes faltosos a consulta programada.

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

A ACS e enfermagem na visita domiciliares vai organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade onde faremos palestras para orientar e informar aos pacientes e a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

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

A equipe de saúde realizará visita na comunidade realizando atividade de orientação, informação, educação e ouvindo a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

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

A equipe realizará atividade educativa na comunidade para orientar, informar e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade da realização das consultas.

Qualificação da prática clínica**Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.**

Na unidade de saúde, na reunião de equipe, treinaremos os ACS, através de materiais didáticos, dando orientação aos idosos quanto a realizações das consultas e sua periodicidade.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Realizaremos reunião com a equipe, na UBS, para definir a periodicidade das consultas de acordo ao protocolo de atendimento.

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.

A enfermeira, na unidade de saúde, irá monitorar a qualidade dos prontuários, das fichas e dos registros dos idosos, acompanhados na unidade de saúde quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

A enfermeira realizará visita à secretaria de saúde para manter as informações do SIAB atualizadas.

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

Na unidade de saúde, a enfermeira e técnica de enfermagem implantarão a planilha nos prontuários dos idosos, para realizar um registro específico de acompanhamento aos idosos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Serão realizadas reuniões quinzenalmente, com a equipe, onde se pactuará com o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Serão realizadas reuniões quinzenalmente, com a equipe, onde definirá a enfermeira como responsável pelo monitoramento dos registros.

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.

Na unidade de saúde realizaremos reuniões para discutir os materiais didáticos, com a equipe de saúde para orientar, informar e organizar um sistema de registro que viabilize as situações quanto ao atraso na consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar e a não avaliação multidimensional rápida e dos procedimentos preconizados.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar, na comunidade, em que realizará palestras com o objetivo de orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos na manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde realizaremos atividade como discussão de materiais didáticos e palestras para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

Monitoramento e avaliação

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

Na unidade de saúde, o médico e a enfermeira, em cada consulta de atendimento irão monitorar os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Organização e gestão do serviço

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

A equipe de saúde visitará a secretaria de saúde para solicitar do gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita na comunidade onde faremos palestra e visita domiciliar com o objetivo de orientar aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde, realizaremos reunião com a equipe periodicamente, para capacitar a equipe no preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

O médico e enfermagem realizará visita na comunidade com o objetivo de monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

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

Na UBS, a equipe de saúde, priorizará o atendimento dos pacientes idosos de maior risco de morbimortalidade.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar todos os dias na comunidade, para avaliar o estado de saúde do idoso, buscar os fatores de risco que afetam seu estado de saúde e orientar os idosos sobre seu nível de risco e a importância de acompanhamento quando apresente alto risco.

Qualificação da prática clínica

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

O médico e enfermeira realizarão reuniões com a equipe de saúde, na UBS, onde discutiremos os materiais didáticos analisando os fatores de risco dos idosos e capacitaremos os profissionais para identificar e registrar os fatores de riscos 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 enfermeira na visita domiciliar na comunidade e na consulta agendada irão monitorar o número de idosos investigados para os indicadores de fragilização na velhice.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

Toda a equipe de saúde da UBS priorizará o atendimento dos pacientes idosos fragilizados e com alto risco na velhice.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade diária onde realizaremos palestras com o objetivo de orientar aos idosos fragilizados e familiares sobre a importância de acompanhamento mais frequente.

Qualificação da prática clínica

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

Na unidade de saúde, toda a equipe realizará discussão de artigos e folhetos para capacitar os profissionais de saúde na 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.

Toda a equipe realizará o monitoramento da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Toda a equipe nas visitas domiciliares realizará o monitoramento dos idosos com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

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

Toda a equipe estará atenta em facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar na comunidade onde realizaremos palestras para educar, informar e orientar os idosos, familiares e a comunidade como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde.

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

A equipe realizará visita na comunidade para realizar palestras em igreja e escola estimulando a comunidade na promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Qualificação da prática clínica

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

O médico e enfermeira, nas reuniões de equipe capacitarão a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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.

A equipe de saúde e a ACS realizará visita domiciliar na comunidade para monitorar os idosos e a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

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

A equipe de saúde na visita domiciliar vai realizar o monitoramento do número de idosos com obesidade/desnutrição em a área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

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

Nas reuniões de equipe, o médico e enfermeira, definirão o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento público

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

A equipe de saúde através da visita na comunidade realizará palestra na igreja para os idosos, cuidadores e a comunidade, sobre a importância e benefícios de realizar hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica

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

Nas reuniões de equipe mensalmente, a enfermeira e o médico realizarão palestra para capacitar a equipe na promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” ou “Guia alimentar para a população brasileira”.

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

Nas reuniões da equipe de saúde mensalmente realizaremos palestras para capacitar a equipe na educação, orientação nutricional específica e hábitos alimentares saudáveis para o grupo de 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.

Os ACS, nas visitas domiciliar, e a enfermeira e o médico durante as consultas realizarão o monitoramento da realização de atividade física regular para todos os idosos.

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

A equipe de saúde na visita domiciliar vai realizar o monitoramento 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 a reunião de equipe será definidos o papel de cada membro da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

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

Toda a equipe se reunirá com o gestor municipal para buscar parcerias institucionais para realização de atividade física.

Engajamento público

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

Os ACS, nas visitas domiciliar, e a enfermeira e o médico durante as consultas realizarão orientação aos idosos e a comunidade para a realização de atividade física.

Qualificação da prática clínica

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

Nas reuniões de equipe mensalmente, a enfermeira e médico realizarão palestras para capacitar a equipe a orientar os idosos sobre a realização de 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.

A equipe de saúde realizará visita na comunidade para monitorar e realizar atividade educativa individuais de promoção de saúde dos idosos.

Organização e gestão do serviço

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

A equipe de saúde realizará atividade, na comunidade e em sala de espera, para organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

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

A equipe de saúde realizará visita domiciliar diária para avaliar o estado nutricional, a realização de hábitos alimentares saudáveis e orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica

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

Nas reuniões mensais realizaremos palestras para discutir o tema e a enfermeira e o médico capacitará a equipe para oferecer orientação de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente 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 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 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde do idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da saúde (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha do idoso em consulta e a ficha espelho disponíveis pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação de risco de idoso. Assim, para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção o enfermeiro, o médico vai elaborar uma ficha complementar. Estima-se

alcançar com a intervenção 100% dos idosos cadastrados na unidade. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de ficha espelho necessária e ficha complementares que serão anexadas a ficha espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção serão utilizadas as planilhas de coleta de dado.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e técnicos de enfermagem capacitados, revisarão o livro de registro identificando todos os idosos em consulta, nos últimos três meses na unidade de saúde. O profissional localizará os prontuários e transcreverão todas as informações disponíveis dos prontuários para ficha espelho do idoso. Onde se realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Todas estas ações serão monitoradas e avaliadas sistematicamente pela equipe de saúde na unidade de saúde.

Na unidade de saúde a análise situacional e a definição de foco da intervenção já foram discutidas com a equipe de saúde. Começará a intervenção com a capacitação da equipe de saúde sobre o caderno de atenção básica envelhecimento e saúde da pessoa idosa e manual técnico do idoso, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção. As capacitações serão feitas na unidade de saúde periodicamente, pelo menos mensalmente, onde se fará reunião com a equipe de saúde e os ACS para a apresentação do número de idosos que tem na comunidade, com o objetivo de capacitar a equipe de saúde no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço para que assistam a nossa unidade de saúde e a capacitação da equipe de saúde para a política nacional de humanização com a saúde do idoso. A enfermeira e o médico explicarão os aspectos essenciais do trabalho que desenvolveremos. O acolhimento dos idosos será realizado pela técnica de enfermagem, sendo feito em todos os turnos.

A equipe de saúde e a ACS realizará visita na comunidade para fazer reunião em 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, a equipe de saúde com a realização desta reunião, busca compartilhar com os pacientes, as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Na unidade de saúde realizaremos reunião para discutir os boletins informativos, para capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinar a equipe para a aplicação da

avaliação multidimensional rápida dos idosos na comunidade quinzenalmente, treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas quanto aos idosos que necessitem de avaliação de outras especialidades como neurologista, psicólogo e endocrinologista.

Na unidade de saúde realizaremos exame clínico apropriado 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 realizaremos a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. A equipe de saúde e os ACS realizarão visita na comunidade para monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

A equipe de saúde e os ACS realizarão atividade na comunidade para orientá-la sobre os casos que deve solicitar visita domiciliar, orientando a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamado ou com problemas de locomoção, a equipe realizará visita periodicamente.

Orientaremos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, a equipe de saúde realizará debate, ensinando técnica e orientando os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitem de visita domiciliar e a ACS informará os casos na unidade de saúde.

Na unidade de saúde organizaremos o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual quanto à higiene bucal, realizando hábito dietético saudável. A equipe nas visitas domiciliares se encarregará de orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Com a finalidade de realizar o monitoramento desta ação, em cada semana, a enfermeira revisará a ficha espelho do idoso para identificar os idosos com atrasos nas consultas ou exames clínicos e laboratoriais. A equipe de saúde e os ACS realizarão busca ativa dos idosos faltosos a consulta. Para alcançar os objetivos e metas previstas devemos realizar todas as ações já planejadas e discutidas com a equipe e contar com o apoio e colaboração dos representantes da comunidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Terminamos uma etapa muito importante do nosso trabalho de intervenção sobre a melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Itamatatuba, Bailique, Macapá/Amapá, onde a equipe de saúde cumpriu as ações da intervenção seguindo os objetivos e metas traçado, guiando-nos pelo cronograma de atenção ao idoso com a utilização do protocolo de idoso do Ministério de Saúde, Normas e Manuais Técnicos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b) e Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2006d), acredito que todas coisas que temos alcançado até agora não se podia imaginar chegar, mas lutando, estimulando e não nos deixando vencer pelas dificuldades foram fatores muito importantes para o êxito. Posso dizer que foi ótimo o trabalho realizado ressaltando que todos da equipe de saúde de nossa unidade de saúde ficamos muito feliz pelos resultados obtidos e que ao início deste trabalho não imaginamos obter. A união da equipe com a cooperação dos líderes comunitários realiza um trabalho muito importante na comunidade de Itamatatuba, que fica muito distante da cidade, hospitais têm comunicação fluvial pelo rio Amazonas onde apresenta situação econômica precária que pode dificultar a atenção do idoso em hospital.

Mantemos a dificuldade em atendimento odontológico nos idosos, em nossa unidade de saúde não tem médico odontólogo então se impossibilita dar cumprimento com essa meta.

Ademais não se pôde dar cumprimento com a avaliação do idoso em rede social, durante estas 12 semanas de trabalho na comunidade.

Apesar das dificuldades apresentadas por questões climáticas e a existência de muita maresia no rio Amazonas, todas as ações previstas do projeto foi realizada segundo os objetivos e metas traçados com a utilização do cronograma de trabalho,

sendo nossa meta de cobertura alcançada em 100% dos atendimentos aos idosos. Se cumpriu com a atenção clínica ao idoso acamado ou com problema de locomoção, logrando a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do idoso e estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Se realizou cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa.

Em nossa unidade de saúde se buscou capacitar a equipe de saúde para a orientação nutricional específica para o grupo de idoso hipertensos e/ou diabéticos, realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico nos idosos, realizar do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aquele com diagnóstico de HAS.

Outra ação muito importante e que facilitou nosso trabalho foi o trabalho com as principais lideranças das comunidades que ajudaram muito no esclarecimento sobre a importância da ação programática do idoso e apoio para a captação do idoso e para as demais estratégias implementadas tanto nas visitas domiciliares na comunidade como em nossa unidade de saúde. Com isso, priorizou-se o atendimento clínico ao idoso cadastrado onde se realiza monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente, pelo menos anualmente, e se orienta a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg ou para aquele com diagnóstico de HAS. Foi realizada busca ativa a todos os idosos faltosos à consulta garantindo o atendimento dos idosos nas consultas com qualidade onde se mantém o registro do idoso integralmente com a ficha espelho atualizada com avaliação do risco em idoso em 100% dos usuários.

Analisando as ações de promoção de saúde, todas foram cumpridas a 100% sem dificuldades orientando-lhes sobre hábitos nutricionais, como manter uma alimentação saudável, sobre como diminuir os fatores de risco, diminuir o alcoolismo, o tabagismo, manter boa saúde bucal. De modo geral as ações previstas no projeto de intervenção foram desenvolvidas em sua totalidade com a ajuda da equipe e com a participação das comunidades.

As atividades realizadas pela equipe de saúde na comunidade foram monitoradas e avaliadas pelo médico e enfermagem onde a equipe ficou satisfeita pelo trabalho realizado na comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Só não foram cumpridas aquelas ações que de fato saíram das nossas governabilidades, exemplo a atenção odontológica a idoso, a reunião com a gestão municipal no início da intervenção para solicitar os recursos necessário que iria garantir o desenvolvimento da intervenção não aconteceu, pois a gestão sempre marcava de ir e não comparecia às reuniões, a equipe solicitou várias vezes, mas não foi feita.

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, sobretudo com os indicadores. Depois a equipe foi entendendo e preenchendo sem dificuldades das fichas espelho e da planilha de coleta de dados. A avaliação das mesmas foi feita pelo médico e enfermeira mensalmente.

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 sobre a importância para a realização das ações programáticas, aspecto importante para o desenvolvimento das ações. Se realizam novas estratégias para dar continuidade à ação programática embora se tenha finalizado a intervenção. Comprometendo-nos com a comunidade de manter a meta de 100% os idosos cadastrados assim com a atenção do idoso acamado ou com problema para a locomoção. Além disso, trabalharemos para implementar uma maior participação do NASF nas atividades na comunidade. Tentaremos melhorar a integração de todas as ESF da UBS, para cumprir com nosso objetivo e meta que é melhorar a saúde da população brasileira.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi feita pela equipe na UBS de Itamatatuba, no Bairro de Bailique, onde os resultados foram significativos. Segundo estimativas do CAP tínhamos 159 de idosos na área de abrangência (44% de cobertura), mas durante a intervenção a equipe verificou que esses dados eram superestimados, pois cadastramos todos os idosos da área de abrangência, preenchendo na coleta de dados um total de 70 idosos (100%) residentes na área de abrangência durante o período da intervenção. A intervenção feita pela equipe de saúde na UBS teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso, na UBS Itamatatuba, permitindo um estado de saúde saudável.

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

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

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

A Figura 1 mostra a proporção de idoso cadastrados no programa de Atenção a Saúde do Idoso. No primeiro mês de 70 idosos pertencentes à área de abrangência, 19 (27,1%) idosos foram cadastrados, no segundo mês foram 44 (62,9%) e 70 (100%) no terceiro mês, resultados positivos devido ao cumprimento das ações pela equipe. Foi monitorada a cobertura de idosos periodicamente pela enfermeira, com bom acolhimento dos idosos cadastrando na UBS, esclarecendo as comunidades sobre a importância da realização do atendimento ao idoso e sobre a prioridade do atendimento com hipertensão arterial ou diabetes mellitus, capacitou-se a equipe para um bom acolhimento e os agentes comunitários de saúde na busca

de idoso que não estão realizando consulta em nenhum serviço, além de ampliar os conhecimentos da equipe sobre o programa de atenção à saúde do idoso.

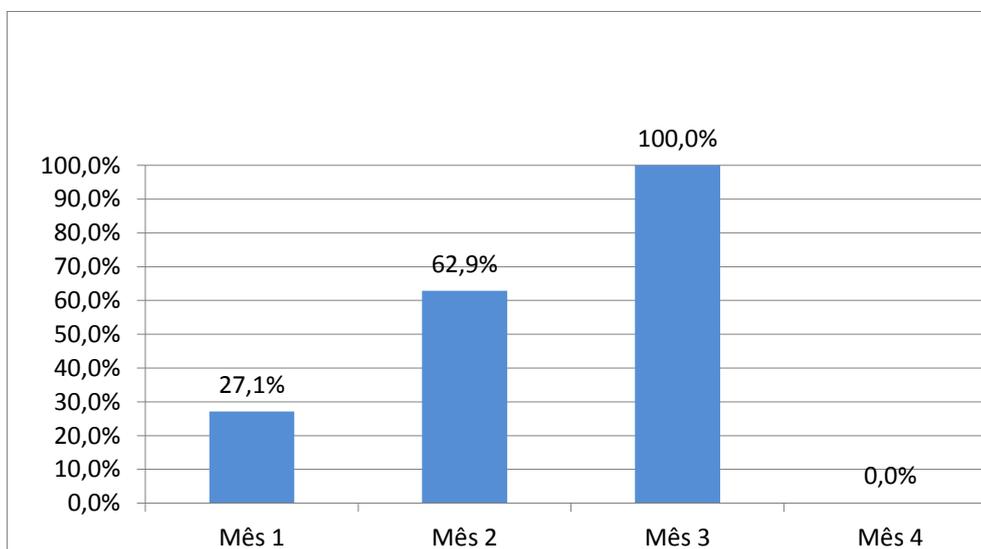


Figura 1 Cobertura do programa de Atenção a saúde do idoso na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

Todos os idosos 19 no mês 1, 44 no mês 2 e 70 no mês 3 tiveram avaliação Multidimensional Rápida em dia, realizaram 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 e tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia.

A enfermeira e o médico realizaram o exame clínico apropriado, fizeram solicitação dos exames complementares periódicos e realizaram uma avaliação multidimensional rápida dos idosos quanto aos problemas identificados que podem conduzir a situações de incapacidade severa, imobilidade, instabilidade, incontinência e declínio cognitivo, colocando o idoso em risco.

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.

A Figura 2 mostra a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no primeiro mês de 19 idosos cadastrados sete (36,8%) receberam medicamentos das farmácias populares, no segundo mês de 44 idosos cadastrados oito (18,2%) receberam medicamento das farmácias populares e no terceiro mês de 70 idosos cadastrado 14 (20%) receberam medicamento das farmácias populares. Não alcançamos as metas, pois os idosos não vão à farmácia popular para pegar medicamento devido ao fato de que moram muito distante da cidade apresentando dificuldade com a aquisição de medicamento.

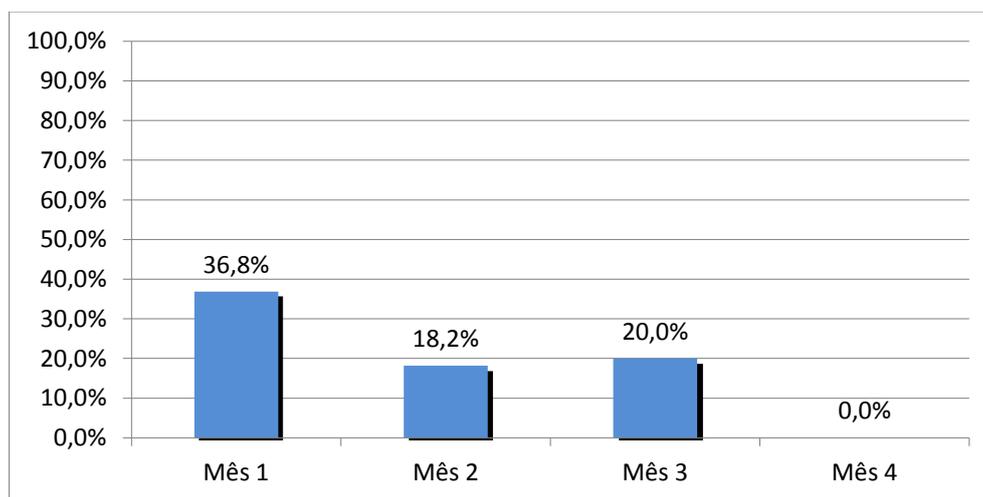


Figura 2 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visita domiciliar, no primeiro mês tivemos um acamado, no segundo mês três e no terceiro mês cinco. 100% dos idosos 19 no primeiro mês, 44 no segundo e 70 no terceiro mês foram rastreados para hipertensão na última consulta. Assim como todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, sendo no primeiro mês 11, no segundo 25 e no terceiro 43 idosos hipertensos rastreados para a diabetes.

A equipe de saúde realizou visita na comunidade desenvolvendo palestras, na igreja, na escola para orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, os ACS realizaram visita domiciliar diária na comunidade para orientar e informar aos usuários idosos com hipertensão e/ou com diabetes e aos familiares dos usuários acamados ou com problema de locomoção como se deve solicitar a visita domiciliar.

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.

A Figura 3 mostra a proporção dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS. No primeiro mês dos 19 idosos cadastrados 11 (57,9%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês de 44 idosos cadastrados 36 (81,8%) tiveram avaliação da necessidade

odontológica e no terceiro e último mês dos 70 idosos 58 (82,9%) foram avaliados para necessidade de atendimento odontológico. Não alcançamos a meta, pois não temos odontólogo na UBS, e nem todos os profissionais estavam capacitados.

Organizou-se acolhimento dos idosos, cadastrando e avaliando a necessidade de atendimento odontológico, organizando agenda de saúde bucal, monitorando a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos pela equipe que foi capacitada para realizar a avaliação dessa necessidade.

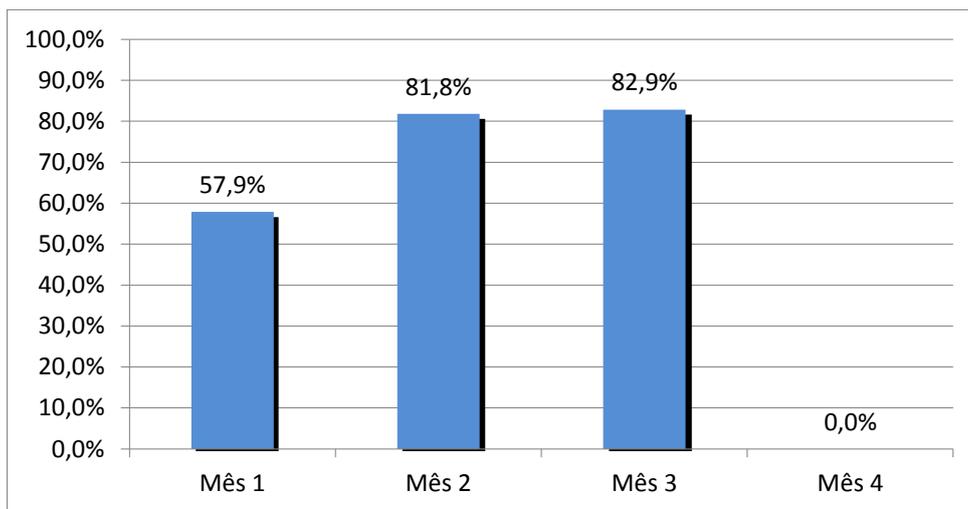


Figura 3 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá. Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A Figura 4 mostra a proporção dos idosos com primeira consulta odontológica programática, no primeiro mês de 19 idosos cadastrado no programa cinco (26,3%) idosos tiveram a primeira consulta odontológica programada, no segundo mês de 44 idosos cadastrados no programa cinco (11,4%) idosos tiveram a primeira consulta odontológica e no terceiro mês de 70 idosos cadastrados no programa cinco (7,1%) idosos tiveram a primeira consulta odontológica programada. Não alcançamos 100% dos idosos com a primeira consulta odontológica programada, pois a UBS não tem odontólogo para realizar atendimento de saúde bucal.

Realizou-se ações de saúde como organização da agenda para garantir a primeira consulta odontológica, avaliação da realização da primeira consulta odontológica pelo médico e enfermeira, informando aos idosos sobre a importância da realização da consulta com o odontólogo, capacitou-se a equipe para realizar

diagnósticos das principais doenças bucais nos idosos, como a cárie e as doenças periodontais.

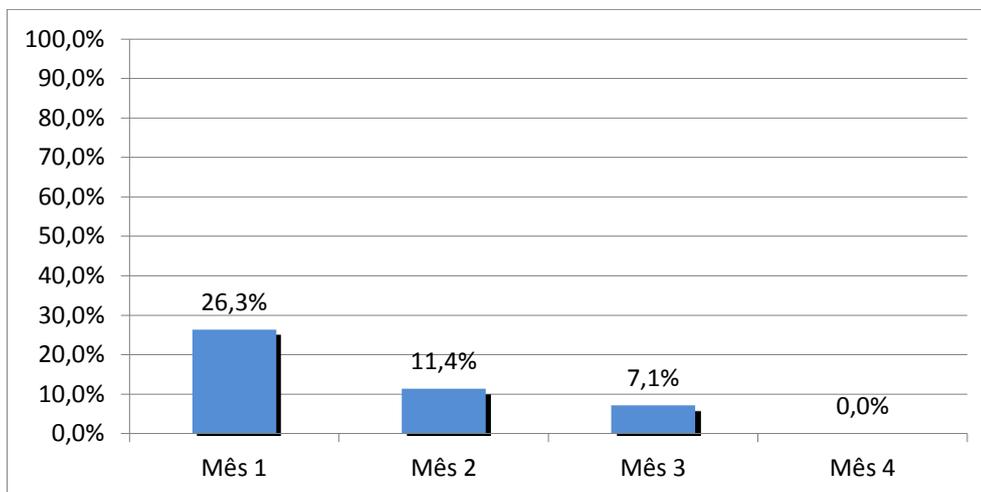


Figura 4 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Itamatatuba, Bailique, Macapá, Amapá. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

Todos os idosos faltosos às consultas programadas receberam busca ativa, sendo no primeiro mês três idosos, no segundo mês oito e no terceiro e último mês 11.

A equipe de saúde realizou visita na comunidade com o objetivo de realizar busca ativa do idoso faltoso às consultas e explicar a importância de comparecer às consultas.

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.

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.

Todos os idosos tiveram o registro na ficha de acompanhamento/ espelho em dia e receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A equipe de saúde teve muito interesse no preenchimento correto dos dados na coleta de dados e na ficha espelho na UBS, tudo isto foi possível pelas ações

desenvolvidas como o monitoramento e avaliação periódica dos registros dos idosos cadastrados no programa e distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pela equipe durante as consultas e visitas domiciliares.

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

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

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

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

Todos os idosos cadastrados e residentes na área de abrangência receberam avaliação de risco para morbimortalidade em dia e para fragilização na velhice em dia.

A equipe de saúde e o médico realizaram visita na comunidade para realizar, avaliação global da pessoa idosa sobre seu estado de saúde, alimentação saudável, acuidade visual, acuidade auditiva, incontinência urinária, sexualidade, avaliação cognitiva, mobilidade e avaliação funcional do idoso.

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

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

Nesse indicador não pudemos avaliar, pois na comunidade não tem grupo de idosos e só participam poucos idosos em atividades realizadas em igreja, escola, onde dificulta a possibilidade do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual de troca de informações, orientação e educação em saúde, inserindo a participação da família, amigo, vizinhos. Dessa forma houve pouca avaliação de idoso em rede social.

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

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

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

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

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

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

Todos os idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre prática regular de atividade física e higiene bucal.

A equipe de saúde realizou visita domiciliar diária na comunidade para avaliar o estado nutricional dos idosos, a realização de hábitos dietéticos saudáveis e realizou orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos idosos, monitorando o número de idosos com obesidade/desnutrição, realizou monitoramento da realização de atividade física regular para todos os idosos, em que a equipe reunirá com o gestor municipal para buscar parcerias institucionais para realização de atividade física. A equipe de saúde e o médico realizaram visita domiciliar com o objetivo de avaliar o estado nutricional, a realização de hábitos alimentares saudáveis e orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias para evita as doenças bucais.

4.2 Discussão

A intervenção, na unidade básica de saúde Itamatatuba, propiciou a ampliação da cobertura dá atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos atendimentos dos idosos hipertenso ou diabético, do exame dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade cada três meses para diabéticos e para a classificação de risco, 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 dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e das ACS. Com o projeto buscamos mudança na UBS, permitindo a integração e unidade da equipe que se mostrou o tempo todo interessada pelo projeto. Os ACS realizaram um papel muito importante na pesquisa e cadastramento do idoso na área de

abrangência. A equipe de saúde recebeu capacitações para cadastramento e atualização da caderneta de saúde da pessoa idosa, conforme o protocolo adotado pela UBS, ostendendo resultado positivo com satisfação da população. A intervenção repercutiu positivamente para capacitar a equipe em avaliação multidimensional rápida do idoso para identificar e encaminhar o idoso frágil a UBS. A equipe está mais preparada profissionalmente ganhou em experiências e em conhecimentos, dominam o protocolo de atenção a saúde do idoso seguindo o Ministério da Saúde.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde do idoso eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas na comunidade.

A melhoria do registro e o agendamento de idoso viabilizou a otimização da 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 a comunidade, mas seu impacto ainda é pouco percebido pela comunidade, por outro lado os usuários idosos demonstram satisfação com a prioridade do atendimento. Em nosso serviço se estabeleceu as condutas diárias com o programa de atenção ao idoso, onde se estabeleceram os dias de consultas agendadas, os dias de entrega de medicamentos e priorizamos os atendimentos a todos os idosos que moram distante da UBS, incluindo os idosos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus assim como os idosos acamado ou com problema de locomoção tendo a consulta de idoso mais organizada.

Realizando uma pesquisa em cada comunidade, obtivendo resultados favoráveis, incluindo a visita domiciliar a todos idosos acamado ou com problema de locomoção e a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aquele com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, com o objetivo de que se sintam como pessoas com direito a saúde e com um atendimento de qualidade. A realização de palestras, discussão de folheto na comunidade, igreja e escola, a busca ativa de idosos faltosos a consulta e o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do idoso solicitando apoio para a captação do idoso e para as demais

estratégias implementadas, nos permitiu alcançar os objetivos e metas da intervenção com resultado positivo para a comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional se eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Neste momento os integrantes da equipe de saúde conhecem o protocolo de saúde da atenção ao idoso, onde a comunidade da área de abrangência conhecem sobre o atendimentos na UBS e sobre a importância de assistir a consulta agendada, sendo atendidas na mesma semana.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção ao idoso, em especial os de alto risco. A intervenção é muito importante para manter os indicadores de morbimortalidade em idoso, pois os resultados foram muito bons, os usuários estão satisfeitos e a comunidade de forma geral. Temos que utilizar o protocolo específico para fazer muitas ações desenvolvidas nos critérios para classificar risco do Idoso, organizar os registros, realizar atividades de grupo, planejamento de consultas do Idoso, incrementando a qualidade de vida da população. Assim, nossa equipe está trabalhando para tratar de atingir aos objetivos e metas traçadas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

A equipe 054 da UBS Itamatatuba juntamente comigo médico do Programa Mais Médicos, do bairro 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 de Saúde do Idoso na UBS Itamatatuba.

A equipe de saúde trabalhou durante 12 semanas para a realização da intervenção na comunidade avaliando todos os objetivos, as ações, metas propostas e planejadas, para cada semana segundo o cronograma de intervenção, as mesmas foram desenvolvidas e cumpridas adequadamente. Começamos com as capacitações dos membros da equipe priorizando os agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem que têm um papel fundamental na realização da intervenção, incentivando no acompanhamento do idoso, para um bom atendimento no programa de atenção ao idoso.

A intervenção e o acompanhamento do idoso na comunidade foi planejada, durante a primeira semana de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde, com capacitação aos profissionais de saúde da UBS, sobre o protocolo do Idoso, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, capacitação a equipe de saúde da UBS, para realização do hemoglicoteste, em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aquele com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, a equipe enfatizando na busca ativa e os cadastros dos idosos para fazer as consultas, agendando para sua próxima consulta, com a avaliação de risco.

Realizamos visitas as diferentes comunidades com o apoio das lideranças comunitárias para realizar palestras, visitas domiciliares nas áreas dando

orientações para a comunidade sobre a importância do atendimento do idoso e a busca ativa do idoso faltoso a consulta, dando ênfase na alimentação saudáveis, higiene pessoal e ambiental.

A avaliação odontológica foi um dos problemas mais observados e neste caso não alcançamos os resultados que desejávamos, pois, além de não haver dentista na unidade, nem todos os profissionais estavam capacitados para realizar a ação.

A intervenção foi melhorando, apesar da dificuldade apresentada, alcançamos 100% dos resultados para as metas propostas e 70 para 100% idosos para a meta de cobertura. Tivemos dificuldade com medicamentos da Farmácia Popular alcançando apenas 20% proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada ao final da intervenção. Como falado, outra dificuldade foi com a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, que alcançamos 58 para 82,9% idosos ao final da intervenção.

Temos que agradecer a todos os integrantes da equipe, pela participação e o entusiasmo no projeto de intervenção, pelo trabalho realizado na comunidade, assim destacando os agentes comunitários de saúde e com a lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do idoso, solicitando apoio para a captação do idoso e para as demais estratégias implementadas. Com este trabalho conseguiram melhorar a qualidade de vida do idoso na comunidade, agradecendo a colaboração e apoio ofertado pelos integrantes da comunidade para poder cumprir com as metas, objetivo proposto na intervenção.

A intervenção já faz parte da rotina da UBS, pretendemos realizar outras ações com outros temas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Nossa equipe 054 da unidade Itamatatuba, bairro Bailique se reuniu com a comunidade para conversar sobre o projeto de intervenção feito na UBS no município Macapá, estado de Amapá, que trata sobre a melhoria da atenção a saúde do idoso na UBS Itamatatuba, um programa priorizado pelo Ministério de Saúde, favorecendo as comunidades para um adequado atendimento do idoso com qualidade.

A equipe de saúde alcançou bons resultados na comunidade com nosso trabalho conjunto, com os líderes comunitários, a comunidade contribuiu muito com a intervenção, sempre colaborando ativamente, além dos líderes da comunidade que ajudaram com muitas informações dos idosos, com os locais, como a escola e igreja usadas para as ações entre a equipe e a comunidade. Realizamos palestras sobre a importância de atenção do idoso, o comparecimento a consulta programada, receber a requisição de exames, oferecer orientações sobre a alimentação saudável, diminuir o tabagismo e álcool, a importância do exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, orientar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológica e a importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Tudo isso para melhorar o atendimento dos usuários que residem na área de abrangência da UBS.

Toda a equipe de saúde recebeu capacitação e treinamentos dos programas de atenção aos idosos seguindo os protocolos do Ministério de saúde, isso melhorou o conhecimento da equipe, a capacidade para orientar a comunidade, buscando que as informações dadas fossem com qualidade através das palestras e atividades realizadas na comunidade.

Não podemos deixar de falar sobre as dificuldades que existiram, como a falta de atendimento odontológico para realizar avaliação na comunidade sobre aquele idoso que necessitava de tratamento odontológico. Foi avaliada a possibilidade de um carro para o deslocamento ao município, mas não foi possível. A equipe falou sobre a importância de fazer os exames de saúde bucal e de prótese dentária.

O atendimento médico é realizado sem dificuldades todas as semanas, cumprindo com o programa de atenção do idoso, priorizando aqueles que moram mais longe e que se transportam através do rio para a consulta, as visitas domiciliares foram realizadas sistematicamente, dando prioridade aos idosos acamados ou com dificuldade para a locomoção, idoso de alto risco, assim como a busca de idosos faltosos a consulta, sempre contando com a participação dos ACS e líderes da comunidade.

A realização de palestras educativas e orientações para a comunidade foram temas de interesse para os familiares do idoso, utilizando palavras que pudessem compreender a orientações como higiene do alimento, alimentação saudável, higiene bucal, higiene pessoal e ambiental para evitar infecções e a presença de outras doenças agudas. O trabalho da equipe realizado na comunidade foi buscar a qualidade de acompanhamento do idoso, em que obtivemos resultados positivos com a intervenção. A intervenção foi melhorando, apesar da dificuldade apresentada, alcançamos 100% dos resultados para as metas propostas e 70 (100%) idosos para a meta de cobertura. Tivemos dificuldade com medicamentos da Farmácia Popular alcançando apenas 20% proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada ao final da intervenção, outra dificuldade foi com a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, que alcançamos 58 (82,9%) idosos ao final da intervenção.

Ao final os resultados foram muito bons, sempre tentando melhorar mais e levando saúde a cada pessoa na comunidade, com visita domiciliar e atendimentos na UBS. A intervenção já faz parte da rotina da Unidade e pretendemos melhorar outras ações programáticas. Contamos com a participação de todos os usuários.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Cheguei no Brasil em novembro 2013, com a experiência de outras missões no país da Venezuela, lá as expectativas de aprendizagem foram muitas. O sistema de saúde não estava bem organizado e existiam muitas doenças atualmente erradicadas em Cuba.

No Brasil vim para trabalhar no Programa Mais Médicos, sempre tive expectativas, pois conheceria um sistema de saúde parecido aos que já havia vivido na Venezuela com algumas medidas diferentes ao que conhecia, mas não foi assim, encontrei um sistema de saúde, qualificado, organizado e com um SUS que garante muitas coisas ao povo, sempre soube que atuaria nas comunidades, pois tinha assinado um contrato, na Atenção Primária a Saúde.

Desde o início realizei um curso em Brasília para adquirir conhecimentos básicos tanto no idioma, característica e costume da comunidade, não exatamente igual a aquilo que estava acostumado, com um sistema de saúde pública socialista onde não existe setor privado. Mesmo assim sempre cumprir com o objetivo de melhoria do estado de saúde da população do Brasil.

Quando nos falaram sobre o curso de especialização em Saúde da Família, eu me senti um pouco agoniado, por que eu sou especialista em medicina geral e sou docente, e com sinceridade nunca gostei do curso de especialização, meu objetivo no Brasil é mudar a saúde do povo brasileiro, minha primeira experiência me assustou com o idioma, a cultura e modo de vida na comunidade.

Comecei o curso onde troquei experiência com profissionais cubanos, dos orientadores do curso, cuja ajuda tem sido indispensável, para desenvolver meu trabalho. Durante o projeto pedagógico, a organização do curso, foi muito difícil devido a situação geográfica onde estou trabalhando não tenho acesso à internet,

mas os objetivos principais foram modificar os 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, que depois foram melhorados como as condições da unidade, os medicamentos e materiais indispensáveis para realizar um bom trabalho na comunidade. A cada dia, nossa equipe se sentia mais unida, o trabalho fluía muito bem com novos desafios. A equipe de saúde se organizou, realizamos capacitação na unidade de saúde para melhoria da atenção na consulta contando com as normas da atenção básica, os protocolos de saúde, os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas, conseguiram levar saúde para a população da área adstrita para um plano superior, facilitando que haja um maior número de pessoas cadastradas com um acompanhamento adequado e poder solucionar as deficiências detectadas nas comunidades e desenvolvendo uma atenção integral de qualidade garantindo as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura de doença, pilares fundamentais da atenção primária à saúde e que cumpre com nossos objetivos de mudar o estado de saúde dos usuários de nossa área de abrangência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política nacional de Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n 2.528 de 19 de outubro de 2006- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSI, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. Coordenação- Geral de apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em Defesa do Sistema Único de Saúde- SUS e Gestão. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de doenças cardiovasculares e renais**. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física de Saúde**. Brasília, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

