

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF São
Francisco, Codajás, AM**

Dainery Fernandez Cervantes

Pelotas, 2015

DAINERY FERNANDEZ CERVANTES

**Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF São
Francisco, Codajás, AM**

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

Orientador: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C419m Cervantes, Dainery Fernández

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF São Francisco, Codajás, AM / Dainery Fernández Cervantes; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha Avó, que me criou e foi criativa nesta tarefa.
Seu fôlego de vida me serviu como sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. A esta universidade, seu corpo docente, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, elevado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Rosângela de Leon Veleza de Souza, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, pelo incentivo e apoio incondicional. A meu esposo Yosvani, que sempre me apoiou em todos os momentos que mais precisei dele.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

CERVANTES, Dainery Fernández. **Melhoraria da atenção à saúde da Pessoa Idosa na UFS São Francisco, Codajás/AM.** Ano 2015. 86f. 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 que o Brasil é um país envelhecido, uma vez que apresenta 10% da população com mais de 60 anos, tanto isso é verdade que estima-se para o ano 2050 no Brasil existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos. O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral qualificar a assistência à saúde dos usuários idosos da área de abrangência da USF São Francisco, Codajás/AM. A escolha do foco de intervenção foi devido à necessidade de reorganizar o processo de trabalho e qualificar o atendimento devido a constatação de deficiências nesta ação programática após a realização da análise situacional do serviço. A intervenção teve início dia 2 de abril de 2015 com duração de 12 semanas. Participaram da intervenção a população alvo residente na área de abrangência estimada em 146 pessoas idosas dentro de uma população total de 3067 habitantes. A metodologia consistiu na coleta e registro de dados por meio da ficha espelho e planilha coleta de dados, com base no desenvolvimento de ações vinculadas aos quatro eixos temáticos propostos pelo curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica que possibilitou o envolvimento de toda a equipe e propiciou um maior vínculo com a comunidade. As ações foram desenvolvidas com embasamento no manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006. A intervenção possibilitou atingir uma cobertura de assistência a 94,5% dos usuários idosos residentes na área. Além disso, proporcionou a melhoria na atenção à saúde dessa população. Todos os usuários idosos cadastrados na planilha de coleta de dados realizaram a avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriado. Todos os acamados receberam visitas domiciliares e foi realizada a busca ativa em 100% dos usuários faltosos as consultas. Além disso, todos foram rastreados para identificação de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A maior dificuldade foi relacionada a primeira consulta odontológica programática onde alcançamos somente 71% dos usuários idosos cadastrados no programa. A implementação do monitoramento, avaliação e organização do serviço, aliados ao engajamento público e à qualificação técnica dos profissionais de saúde demonstraram ser eficazes no aprimoramento da qualidade da assistência, organização do processo de trabalho, implantação dos registros, aumento da adesão ao atendimento, promoção da saúde bucal, com consequente melhoria dos indicadores de saúde. As ações desenvolvidas serão mantidas na rotina do serviço mesmo após a conclusão do curso de especialização Saúde da Família.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	USF São Francisco em reforma	12
Figura 2	Gráfico: Proporção da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF São Francisco, Codajás, AM	53
Figura 3	Gráfico: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na USF São Francisco, Codajás, AM	55
Figura 4	Gráfico: Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia na USF São Francisco, Codajás, AM	56
Figura 5	Exame clínico do usuário idoso.	56
Figura 6	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF São Francisco, Codajás, AM.	58
Figura 7	Visita domiciliar a usuária idosa acamada	59
Figura 8	Gráfico: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta na USF São Francisco, Codajás, AM.	60
Figura 9	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF São Francisco, Codajás, AM.	61
Figura 10	Gráfico: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF São Francisco, Codajás, AM.	62
Figura 11	Gráfico: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.	63
Figura 12	Gráfico: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na USF São Francisco, Codajás, AM	64
Figura 13	Preenchendo a caderneta da pessoa idosa	64
Figura 14	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na USF São Francisco, Codajás, AM	65
Figura 15	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na USF São Francisco, Codajás, AM	66
Figura 16	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na USF São Francisco, Codajás, AM	67
Figura 17	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação	68

nutricional para hábitos alimentares saudáveis na USF São Francisco, Codajás, AM

- Figura 18 Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física na USF São Francisco, Codajás, AM 69
- Figura 19 Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF São Francisco, Codajás, AM 70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
DPOC -	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DM -	Diabetes Mellitus
EBS -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -	Ministério de Saúde
PMMB -	Programa Mais Médicos pra o Brasil
PA -	Hipertensão Arterial
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
Referências	86
Anexos.	88

Apresentação

O volume do presente trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, está organizado em sete seções que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. O trabalho foi criado com o objetivo de melhorar a atenção da saúde da pessoa idosa da Unidade de Saúde São Francisco do município Codajás.

A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional que abarca tudo que é relacionado com a caracterização do município, estrutura da unidade de saúde e a disponibilidade de recursos necessários para oferecer um bom atendimento, além da análise do comportamento dos principais indicadores de saúde. A segunda seção apresenta a Análise Estratégica – Projeto de Intervenção com a justificativa da escolha do foco para o desenvolvimento do trabalho junto com os objetivos, metas e detalhamentos das ações. A terceira seção mostra o Relatório da Intervenção realizado em 12 semanas além das ações que foram desenvolvidas e da incorporação destas ações no serviço. A quarta seção apresenta a avaliação da intervenção com a análise dos resultados alcançados e discussão. A quinta e sexta expõem os relatórios para os gestores e para a comunidade. Para finalizar a sétima seção apresenta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem do especializando.

A Intervenção, correspondente terceira unidade de estudo, foi realizada na USF São Francisco, Codajás/AM, teve início no mês de abril com duração de 12 semanas e finalizou no mês de junho com a entrega do volume final de trabalho de conclusão do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho numa Unidade Básica de Saúde em Município Codajás, estado Amazonas chamada São Francisco. A ESF/APS no meu serviço está funcionando bem. Estou atendendo na Unidade desde 15 de maio. Nesta UBS ficam 2 equipe de saúde, tem configuração estrutural antiga está em vista de reformar para dentro de 3 meses com equipamentos novos e estrutura mais confortável.

Minha equipe está composta por oito agentes comunitários, uma enfermeira, um dentista e um técnico em saúde bucal.

Os agentes de minha equipe moram no povo desde crianças e já conhecem muito bem a população e a rotina da unidade de saúde. Minha equipe tem potencial para trabalhar com qualidade a medicina familiar e estamos planejando tudo para que assim aconteça só que é um processo que precisa de tempo, de permanência, de estabilidade da equipe de superação constante de todos os integrantes, de comprometimento e entrega e isso é o que queremos atingir no dia a dia de trabalho, em nossas reuniões que são de intercambio, orientação e planejamento. Na unidade fica outra médica do programa pelo que aumentou a demanda de usuários por agendamento de consultas, aferição de PA e glicemia, acompanhamento do pré-natal, etc. Atualmente a técnica em enfermagem se encarga de pesagem dos programas já citados, preparo dos usuários (peso, altura, PA) antes da consulta, agendamento de consultas, dispensação de medicações, solicitação de materiais de

expediente e limpeza e limpeza da unidade. Os agentes são os encarregados de realizar visitas domiciliares de forma revezada, onde realizam em média 10 visitas por dia e estão cadastrando novas famílias. Também fazem atividades em grupo com as pessoas que estão aguardando na recepção.

Eu faço o atendimento médico diariamente de manhã e de tarde Na unidade, fazemos atendimento à população adstrita para os dos equipes de saúde. As consultas são agendadas por dia. A médica atende sozinha 20 usuários na manhã e 20 na tarde pois, a demanda é grande. Atualmente temos o dia específico para os programas como Pré-Natal e Hiperdia que possuem agenda própria. A UBS funciona das 07:30 as 17:30 e todos cumprem 40h semanais de trabalho. Funciona de segunda a sexta-feira, nos dois turnos. Durante a semana o atendimento é baseado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a demanda deles. Mas a segunda-feira é para Saúde da Criança, terça-feira para o Hiperdia, quinta-feira na manhã para o Pré-Natal, na tarde fazemos às visitas domiciliares e sexta-feira é reservada para o curso.

Com relação à estrutura, a unidade não possui telefone nem Internet. Há um aparelho de nebulização. A unidade é grande tem um consultório médico e um local adaptado onde fica o meu consultório que não é amplo, um local para curativos, uma sala de vacinas, um consultório de odontologia e um para a enfermagem onde são realizados os atendimentos pré-natal e tem uma pequena área na frente. Além disso, há a recepção, cozinha e banheiro. No consultório médico tem uma mesa e cadeira do médico e mais duas para o usuário e acompanhante e a mesa para exames. Esta sala é climatizada. Agora meu consultório tem a mesa e cadeira do médico e duas cadeiras para os usuários e acompanhante, não tem banheiro interior, pia para a lavagem das mãos e maca para examinar os usuários. Para fazer esses procedimentos preciso ir no consultório da outra médica o que causa perda de tempo, além de incomodar os usuários fazendo esperar ou caminhar até outro lugar para poderem ser examinados. Este consultório também é muito pequeno. Na recepção, há cadeiras para as pessoas sentarem. Não é climatizado o que faz falta devido o clima em Codajás ser muito quente. O banheiro é bem precário, mas funciona.

A unidade precisa muito de uma reforma. A pintura é antiga e o forro está cedendo. Apesar disso tem boa iluminação em geral, o quintal atrás da unidade está limpo. Como informado anteriormente, a unidade está em plano de reforma. Mas,

em meio às adversidades nossa equipe tem a fortaleza de estar completa, ter integrantes comprometidos e com vontade de fazer mudanças e marcar a diferença no trabalho. Esse vai ser o nosso empenho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF) São Francisco, Município de Codajás do estado Amazonas com uma população de 26.242 habitantes (IBGE, 2014). O meio de transporte para chegar a nosso município é a via fluvial. O município conta com cinco UBS tradicionais na zona urbana do município, uma delas fica a equipe de Saúde para trabalho nas comunidades rurais, no interior do Município, quatro delas foram recentemente remodeladas e uma em etapa de remodelação. Minha equipe atende parte da zona urbana. Ainda não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), há uma Policlínica onde fazem os exames laboratoriais e exames ultrassonográficos, um hospital com serviço de internação e pronto socorro com Raio X e serviços de eletrocardiografia, além disso se faz todos os procedimentos de pequenas cirurgias e os atendimentos de emergências e urgências. Há também um centro de atenção a pessoas idosas com serviço de Fisioterapia, médico e odontólogo. Temos somente um neurologista que vem uma vez ao mês fazer acompanhamento das pessoas que precisam e uma psicóloga que faz atendimento duas vezes por semana.



Figura 1: USF São Francisco em reforma.

Nossa USF está localizada em área de abrangência urbana e tem duas Estrategia de Saúde Familiar (ESF) que atende a população do Bairro São Francisco e Grande Vitoria, mas tem estrutura antiga e está em projeto de remodelação. Não são realizadas atividades de ensino. Esta composta por duas equipes de saúde nossa equipe é formada por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um odontólogo, uma médica e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A USF não é totalmente climatizada somente o consultório médico, sala da enfermagem e da vacina que tem todas as vacinas estabelecidas pelo sistema de saúde, uma sala de espera pequena com capacidade para ter 15 pessoas, uma sala de recepção onde temos os prontuários e onde se adaptou para outro consultório médico que é onde eu faço as consultas médicas, um consultório médico com um banheiro, um consultório da enfermagem, um consultório odontológico, um quarto de curativos compartilhado com a nebulização, um banheiro para os trabalhadores da equipe. Na UBS não tem disponibilidade de acesso a internet, computador, telefone fixo e desta forma, diante de qualquer eventualidade que seja preciso fazer o transporte de algum usuário ao hospital a enfermeira liga de seu telefone particular. Os mobiliários e quase todos os equipamentos, no geral, são um pouco velhos e insuficientes por exemplo, só temos um megascópio que se utiliza para assistir bem os RX e sempre que eu preciso avaliar uma radiografia tenho que ir até o outro consultório. Também só temos uma mesa ginecológica que fica na sala de enfermeira, que é quem faz os preventivos. Quando tenho que fazer uma avaliação tenho que ir até o consultório da enfermeira. Não temos otoscópio e oftalmoscópio. Não temos sala de nebulização esta é compartilhada com curativos e procedimentos da enfermagem, nem nebulizador em nossos consultórios, a sala de curativo é muito estreita, pouco ventilada e sem equipamento adequado. Não há farmácia na unidade e desta forma os usuários devem se deslocar até a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) para pegar os medicamentos Em respeito as barreiras arquitetônicas não temos corrimãos nos corredores, não existem espaço adaptado para usuários deficientes como banheiros adaptados, não temos cadeiras de rodas específicas para estes usuários, não há rampas, a largura das portas não é adequada, os pisos

não são antiderrapantes e além disso, não temos os símbolos internacionais de pessoas com deficiência que devem indicar a existência de equipamento, mobiliário e serviços para as pessoas com deficiência (física, visual e auditiva). Estas são deficiências que interferem na qualidade do atendimento aos usuários, mas todos os nossos problemas vão melhorar com a nova estrutura onde as duas equipes vão ter os espaços suficientes com os mobiliários e equipamentos novos para brindar a nossa população uma atenção com qualidade.

Todos os profissionais de saúde participam do processo de territorialização e mapeamento da área da atuação da equipe, identificando os grupos expostos a riscos, grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e tuberculose). Fazemos atendimentos para adultos, crianças, gestantes, idosos e toda a população que precisa de nós. Além disso, realizamos visitas domiciliares todas às quintas a tarde onde fazemos avaliações do risco de agravo do usuário que não pode ou está impossibilitado a chegar até nossa unidade, fazemos diferentes atividades e procedimentos curativos, orientações em saúde, medição de pressão arterial, consultas médicas e de enfermagem, examinamos as puérperas, entregamos os medicamentos orais, aplicamos medicação injetável, além disso, buscamos na residência usuários que apresentam patologias agravantes e que desaparecem das consultas, pois temos o compromisso do acompanhamento da sua enfermidade. Em nossa estratégia de saúde da família (ESF) temos as consultas programadas, mas sempre deixamos vagas destinadas a demanda espontânea. A unidade conta com várias limitações como por exemplo, não fazemos pequenas cirurgias e tratamentos de emergência e urgências por não contar com medicamentos suficientes, os encaminhamentos a diferentes especialistas demoram muito tempo além disso, não temos farmácia em funcionamento na unidade.

O total de população do município é de 26.242 habitantes e da área de abrangência da UBS é de 6.022 habitantes. Há duas equipes de saúde que atendem parte da zona urbana (São Francisco e Grande Vitória). Nossa unidade é formada por duas ESF e nossa equipe conta com uma população de 3067 que está de acordo com o estimado para cada equipe. Depois de concluído o novo mapeamento da área se estima um maior número de usuários adstrito. Acredito que em relação ao número de equipes o tamanho da unidade não é adequado pois, é muito pequena mas, dentro de 15 dias vai começar as obras para fazer a reestruturação da unidade. A população por sexo e faixa etária é estimada e com base na distribuição

temos um total de 3067 habitantes sendo 1409 do sexo masculino e 1658 do sexo feminino. Por grupo etário, menores de um ano (55), 34 masculino e 21 feminino; de 1-4 (249) 109 masculino e 140 feminino; de 5-6 (224) 88 masculino e 136 feminino; de 7-9 (329) 143 masculino e 186 feminino; de 10-14 (455) 207 masculino e 248 feminino; de 15-19 (429) 198 masculino e 243 feminino, de 20-39 (838) 401 masculino e 437 feminino; de 40-49 (252) 131 masculino e 121 feminino; de 50-59 (90) 36 masculinos e 54 feminino e uma população idosa de mais de 60 anos de (146) 74 masculino e 72 feminino.

Em nossa unidade todos os usuários são acolhidos todos os dias na recepção e é realizados por todos os membros da equipe. Onde são localizados os prontuários para pegar as fichas e fazer a triagem, permite organizar os fluxos de atendimento e priorizar os casos dependendo das necessidades dos usuarios, além das 16 vagas para o atendimento agendado temos disponibilizadas quatro para a demanda espontânea, sobretudo algumas urgências ou pessoas do interior que vão chegando mais tarde, essa demanda é acolhida inicialmente pela recepcionista e logo seguem seu risco e vão sendo atendidos por prioridades. No entanto, continuamos com dificuldades para alguns procedimentos por falta de recursos necessários para ter esse serviço à população que precisa, mas a equipe escuta as problemáticas dos usuários, tratando de resolvê-las para fazer um melhor trabalho todos os dias para a população. A demanda espontânea é atendida diariamente por meio da distribuição de fichas para o atendimento de diferentes tipos de casos no dia, tendo como prioridades os idosos, criança e segundo a gravidade do caso. Nós tentamos atender todos os usuários no dia seja no horário da manhã ou na tarde.

Em quanto á cobertura da atenção à saúde da criança temos 55 crianças o que representa um 85% de cobertura quedando um pouco abaixo do estimado. Tendo algumas dificuldades nos indicadores de qualidade: número de consultas em dia de acordo ao protocolo 55%, atraso da consulta agendadas em mais de sete dias 69%, teste de pezinho até sete dias 93%, primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias 71%, não se faz triagem auditivo, monitoramento do crescimento na última consulta, vacinas em dia, orientações para aleitamento materno e prevenção de acidentes ao 100%, avaliação de saúde bucal 69%. Mas, estamos trabalhando para melhorar este indicador planejando ações com os ACS na busca ativa nas visitas domiciliares das gestantes pela data provável de parto e assim conseguir captar as criança nas primeiras 72 horas. Nós temos planejados as puericulturas

todas as segundas-feiras mas, acontece que há um por cento considerável de faltosos a maioria das mães só levam as crianças as consultas quando ficam doentes. Acredito que seja por falta de conhecimento em alguns casos e em outros falta de responsabilidade por parte dos pais. Por este motivo, fazemos puericultura todos os dias da semana e sempre aproveitamos o espaço das visitas domiciliares para fazer ações educativas, palestras sobre saúde da criança, importância da puericultura onde são avaliados o desenvolvimento psicomotor e crescimento para incentivar as mães para que levem suas crianças. O atendimento de puericultura é realizado pela médica, a enfermeira e odontóloga. Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. É feito pelo protocolo de atendimento de puericultura pelo Ministério de Saúde (MS) de 2013. Na USF São desenvolvidas as seguintes ações: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal e o teste de pezinho. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em os prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho de vacinas. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos das puericulturas onde é revisado pela médica e enfermeira mensalmente. A caderneta da criança é sempre solicitada nos atendimentos e são preenchidas as informações atuais da criança, seu desenvolvimento e crescimento além de orientarmos os pais sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, promovemos o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, indicamos sulfato ferroso e ácido fólico para prevenir a anemia, deixamos agendada a próxima consulta segundo protocolo, atenção para a data da próxima vacina, chamamos atenção para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. Os profissionais utilizam os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis de saúde como encaminhamentos a outras especialidades e internação hospitalar.

Todos os finais de mês fazemos uma avaliação do programa de atenção as crianças. Considero que temos que trabalhar muito com nossa comunidade, para conseguir que todas as crianças de nossa área tenham o adequado acompanhamento mediante ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. O trabalho da equipe tem o intuito de alcançar mudanças no estilo de vida por meio da

qualidade da assistência e um bom controle dos atendimentos que certamente com a participação de toda a equipe almejamos garantir crianças saudáveis e com menos riscos ou complicações e deste modo melhorar a morbimortalidade infantil.

Temos 32 gestantes que representa um 70% de cobertura pré-natal, encontrando-se esta cifra bastante perto do denominador indicado para minha população. Delas com início do pré-natal no primeiro trimestre 66%, consultas de acordo ao calendário do Ministério da Saúde 78%, vacinas antitetânicas conforme o protocolo 72%, vacinas anti hepatites B 81%, exame ginecológico por trimestre 66%, avaliação da saúde bucal 84%, solicitação de exames laboratoriais no primeiro trimestre, prescrição de sulfato ferroso e orientações de aleitamento materno ao 100%. Os atendimentos são realizados pela enfermeira e a doutora de família duas vezes na semana de manhã e tarde, Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas de pré-natal, existe atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos, não existindo excesso de demanda para este tipo de atendimento. Existe protocolo de atendimento pré-natal na UBS, produzido pelo MS, utilizado pela médica da família, enfermeira e técnica de enfermagem. Os atendimentos às gestantes são registrados no prontuário clínico, no formulário especial do pré-natal e no cartão da gestante. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que costuma ser revisado com uma frequência mensal, com a finalidade de verificar gestantes faltosas, a revisão do arquivo é realizada pela médica e a enfermeira. Os profissionais de saúde sempre solicitam o cartão de pré-natal nos atendimentos, preenchendo sempre com as informações atuais da gestante. Durante as consultas pré-natais se faz palestras na área da recepção acerca dos cuidados do recém-nascido, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal e o uso de suplemento de ferro para evitar anemia por déficit de ferro. Porém, temos ainda muitas dificuldades e devemos trabalhar para alcançar uma melhor cobertura e qualidade da atenção mediante as visitas domiciliares a busca ativa das gestantes com o objetivo de conseguir uma captação precoce, pesquisar os exames laboratoriais e ultrassonografia doenças associadas a gestação seja infecciosas ou próprias além

disso, fazer trabalho educativo com os adolescentes nas escolas acerca de planejamento familiar e uso de anticoncepcionais no intuito de evitar a gravidez na adolescência e não desejada e assim contribuir a diminuir os indicadores de mortalidade materno-infantil.

Em relação a prevenção de câncer de colo de útero temos uma cobertura de 589 mulheres de 25 – 64 anos de idade pra um 91%, com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 82%, com mais de 6 meses de atraso 29%, exame alterado só 5 mulheres, com avaliação de risco, orientação sobre prevenção de cancer de colo de útero, sobre DTS o 100%, com examine coletados satisfatoriamente 78% e com resultados de células escamo-celular um 82%. A coleta de exame citopatológico é feita pela enfermeira dois dias da semana nos dois turnos, É realiza rastreamento oportuníssimo e organizados, existem os protocolos de prevenção de câncer de colo de útero e mama atualizado do 2013 produzido pelo MS. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico e são registrado no livro de registro formulário especial para citopatológico. Na UBS, nossa equipe realiza atividades com grupos de mulheres, não existe nenhum controle nem arquivo específicos, só utilizamos prontuário individual dos usuários para assinalar exame realizado e depois quando chega resultado com avaliação e conduta médica. Um dos problema que temos é que depois de fazer coleta para teste o mesmo é levado para Manaus, o resultado é muito demorado e não existe mecanismos estabelecidos para comunicação para as usuárias. Em relação á Prevenção de Câncer de Mama, temos até agora um total de 126 mulheres entre os 50 e 64 anos de idade, o que representa um 83% da população estimada. Com mamografia ao dia 17%, com 3 meses de atraso 87%, avaliação do risco para câncer de mama 80% e com orientação sobre prevenção o 100%. Em nossa UBS fazemos rastreamento de câncer de mama todos os dias da semana em todos os turnos pela médica e enfermeira, ou seja, na consulta do dia a dia temos que aproveitar esse espaço porque ainda não tem costume de fazer o exame de forma programa. É realizado o rastreamento oportuníssimo e organizados com subsídios dos protocolos de prevenção de câncer de mama atualizado no 2013 produzido pelo MS. Realizamos ações sobre a pratica de atividade física, conhecimento dos sinais de câncer de mama e se faz em cada consulta o exame de mama e é indicada a mamografia. Este exame que é muito difícil de fazer já que para isso tem que viajar até Manaus,

mas nem todos não tem condições econômicas. Existe dificuldades importantes no programa de prevenção do câncer de mama, não temos mamógrafo no município, só ultrassonografia que antes era com frequência de dois dias por semana, sábado e domingo mas, agora o prefeito contratou a uma ultrassonografista que faz todos os dia na semana destinado para todo tipo de diagnóstico.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, temos até agora um total de 421 hipertensos, de um total estimado de 545 o que corresponde a uma cobertura de 77% e temos 118 usuários diabéticos cadastrados de 156 estimados correspondendo a 76% de cobertura segundo a estimativa, o que parece adequado a nossa realidade, deles com realização de estratificação de risco 87% HTA e 83% DM respectivamente, atraso em consultas mais de sete dias 32% e 40%, examine complementares periódicos em dia 86% tanto hipertensos como diabéticos, avaliação da saúde bucal 75% e 81%, orientação sobre prática de atividade física e orientação nutricional o 100% ambos grupos. Na USF São desenvolvidas as seguintes ações: alimentação saudável controle de peso corporal para assim prevenir os riscos de doenças cardiovasculares, prática regular de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento da obesidade e de saúde bucal. Os atendimento dos usuários hipertensos (HIPERDIA) são realizado pela médica, enfermeira e odontóloga, uma vez por semana todas as terças pela manhã. Existem usuários que fazem atendimentos fora da área de abrangência, todos os usuários após a consulta saem com a próxima consulta programada agendada que é feita pelo protocolo de atendimento do MS de 2013. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, além de existir arquivo específico para os registros dos atendimentos de Hiperdia que é revisado pela médica e enfermeira mensalmente. O cartão de hipertensos e diabéticos é sempre solicitado para melhor controle, fazemos atividades de grupos onde temos incorporado um grade número de hipertenso com resultados satisfatórios. Neste grupos falamos sobre a importância de assistir aos controles, quais são os principais sinais de descompensação e as complicações mais frequentes. Mesmo assim, ainda falta muito trabalho por fazer já que encontramos muitos usuários hipertensos sobretudo nas visitas domiciliares que abandonam o tratamento e se automedicam e com acidentes vascular cerebral como sequela de uma urgência hipertensiva, não frequentam as consultas de forma

periódica. Por este motivo que as ações são dirigidas a educação e promoção de saúde para assim evitar as complicações e mortalidade

Em relação à saúde da pessoa idosa temos uma população idosa de 146 usuários, o que representa um 79% do estimado no caderno de ações programáticas que seria um total de 186 idosos, considero que a estimativa do número de idosos residentes na área de abrangência é adequada a nossa realidade, pois temos uma população idosa importante, com uma cobertura que vá melhorar depois de concluir cadastro de toda nossa População. Atualmente temos 146 idosos cadastrados sendo nosso 100%. Deles tem caderneta de saúde da pessoa idosa 28%, Realização de Avaliação Multidimensional Rápida 5%, acompanhamento em dia 78%, com hipertensão arterial sistêmica 61% e diabetes mellitus 38%, com avaliação de risco para morbi-mortalidade 86%, com indicadores de fragilização na velhice 21%, avaliação de saúde bucal 76%, e com orientação nutricional e atividade física regular o 100%. Na UBS onde trabalho o programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar, o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feito a consulta dos hipertensos e diabéticos pela médica e enfermagem da equipe o que limita a cobertura de atenção. Não é feita investigação de fragilidade de forma periódica, pelo que devemos sinalar que não existia um trabalho organizado e planejado com a saúde das pessoas idosas, existem idosos de fora da área de cobertura que fazem o acompanhamento em nossa UBS, são poucos os que tem a caderneta, foram entregadas há alguns anos, mas, poucas vezes são utilizadas, ela é uma ferramenta muito útil para o trabalho com este grupo populacional, que reúne informações como calendário de vacinas, agendas de consultas, internações, quedas, controle de peso, pressão arterial, glicemia, tabagismo e consumo de álcool, doenças crônicas, medicações em uso, etc. Na unidade não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar os idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco, identificar procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. São realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes usuários: palestras, promoção de saúde bucal, de hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, imunizações e tabagismo. Nossa Equipe de Saúde foi planejando as visitas domiciliares dos usuários

todas as quintas na tarde, na consulta das pessoas idosas fazemos uma avaliação integral do usuários e preenchemos os dados obtidos em prontuário e caderneta de saúde seguem o estabelecido pelo MS. Está faltando muito trabalho, sobretudo para uma correta avaliação de risco para morbimortalidade pois, encontramos muitos usuários com sequelas de doenças crônicas como HAS e DM mas, devemos conseguir com o trabalho em conjunto da equipe e integrar toda a população idosa de nossa área para atingir um envelhecimento saudável.

Fazendo uma análise geral, em relação à situação de nossa unidade, nossos maiores desafios para melhorar a saúde de nossa população foi o completado do ESF, obtendo-se uma reestruturação do Conselho de Saúde Municipal, além do aumento dos recursos, equipamentos, medicamentos para nossa UBS e assim poder brindar uma melhor atenção medica a população. Também foi contratado pelo perfeito uma nutricionista, um fisioterapeuta e outra psicóloga para melhorar a qualidade atenção. A equipe tem uma boa relação com a comunidade atendida apesar das dificuldades que se apresentam no dia a dia. O objetivo é replantar novas estratégias na logística que permitam chegar a toda a comunidade, aumentar o trabalho em as ações de promoção e prevenção em a comunidade, as famílias e os indivíduos e assim melhorar a qualidade de vida e atendimento, temos logramos algumas mudanças, como a organização do trabalho em geral na Atenção Primária de Saúde (APS), atualmente já foram remodeladas 4 UBS e estão funcionando, assim como a Policlínica e só estão faltando remodelar a UBS que é para final deste mês. Também temos um local destinado para fazer baciloscopia para Tuberculose e Hanseníase. Além um mamógrafo que vai ser colocado na Policlínica e assim poder ter melhor cumprimento com o programa de prevenção de câncer de mama só falta o especialista que está por chegar se se está trabalhando com novas estratégias e planejamentos seguem o estabelecido pelo MS para logra um melhor seguimento dos diferentes programas da APS: Atenção integral à saúde da mulher, Atenção Integral à saúde das crianças e os adolescentes, Atenção integral às pessoas idosas, Atenção à saúde Bucal, o Programa das Doenças Crônicas Não Transmissível (HAS, DM) e outros foram organizados e se trabalha com novas estratégias e planejamentos seguem o estabelecido pelo MS e ainda existe muito trabalho por fazer. Com as mudanças obtidas, o trabalho em equipe e a ajuda dos gestores de saúde do município, esperamos que se podem reverter todos os

indicadores de saúde do município. Ademais que as estratégias de intervenções que vamos propor em nosso TCC, permitam fortalecer a APS.

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

Fazendo uma análise comparativa em relação a situação da Unidade a minha chegada até agora posso dizer que na primeira unidade de ambientação tínhamos uma visão generalizada e simples de nossa área, não tínhamos conhecimento sobre a cobertura da área de abrangência nem dos indicadores de qualidade da saúde, durante o estudo da unidade de análise situacional desenvolvemos análises detalhadas sobre os aspectos mais importantes do processo de trabalho da equipe, identificando os problemas em quanto a organização e sistematização que estavam impedindo melhorar os indicadores de qualidade. Além disso, tivemos conhecimento dos protocolos do Ministério de Saúde, dos protocolos e cadernos da atenção básica dos diferentes programas fornecidos pela especialização e dos indicadores de cobertura e qualidade. Com o trabalho dia a dia temos conhecimento de nossas principais dificuldade para assim planejar ações para o bom desempenho, observamos as deficiências objetivas e subjetivas da unidade com o objetivo de melhorar atenção em saúde, a satisfação da população e elevar a qualidade de vida dessa comunidade, todas as semanas fazemos reunião para avaliar as dificuldade e organizar o trabalho da semana seguinte e ao final do mês avaliamos os indicadores e assim sabemos onde temos que centrar o trabalho. Considero que temos muitos desafios para atingir um atendimento de excelência, mas a equipe tem vontade para enfrentar as futuras mudanças, com as mudanças obtidas, o trabalho em equipe e a ajuda dos gestores de saúde do município, esperamos que se podem reverter todos os indicadores de saúde do município.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Considera-se importante a escolha do projeto sobre a saúde do idoso, uma vez que em 2050 a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos (IBGE, 2012). A longevidade é, sem dúvida, um triunfo, mas muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis estados permanentes ou de longa permanência. Estes agravos requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza não tem cura ou podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006).

Na USF São Francisco há uma população de 3.067 usuários da zona urbana onde há o predomínio do sexo feminino com 1658 mulheres e prevalência da faixa de etária de 15 a 59 anos. A equipe está composta por um médico, oito ACS, um enfermeiro, um odontólogo e um técnico de saúde bucal. A unidade tem uma sala de espera pequena onde tem capacidade para no máximo 15 pessoas, um consultório médico com banheiro e amplo espaço limpo e organizado com as condições necessárias para um atendimento adequado, um consultório de enfermagem, um consultório para o dentista, uma sala de curativo compartilhada com a nebulização, sala de vacinas e uma sala de recepção onde temos os prontuários. O programa de

atenção à saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar. A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é baixa, pois temos 146 usuários cadastrados o que corresponde a 79% dos usuários segun o caderno de ações programáticas. O atendimento das pessoas idosas acontece no mesmo dia que é realizada a consulta dos usuários hipertensos o que limita a cobertura de atenção. Neste sentido, não é feita a investigação de fragilidade de forma periódica e são poucos os que têm a Caderneta da Pessoa Idosa preenchida. Desta forma, ressaltamos que não existe um trabalho organizado e planejado que diga respeito a ação programática da saúde das pessoas idosas.

Na unidade não existe um arquivo específico para os registro dos atendimentos aos idosos. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. São realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde: como palestras de promoção de saúde bucal, de hábitos alimentares saudáveis, pratica de exercícios físicos, imunizações e tabagismo. Pretendemos ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso para 100% da área de abrangência da unidade de saúde, tendo em conta que está população é muito vulnerável e sofre com doenças que podem levar a incapacidades funcionais e diminuir a qualidade de vida dos idosos.

O trabalho de intervenção que será realizado na unidade será importante para a comunidade pois, permitirá melhorar a qualidade e garantir um incremento da expectativa de vida das pessoas idosas em nossa comunidade. Desta forma temos o objetivo de ampliar a cobertura, qualificar a atenção à saúde dessa população, registro das informações e promover a saúde. Essas são algumas das motivações para realizar o projeto de intervenção e minimizar as deficiências desse programa. A assistência à pessoa idosa na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar o programa de atenção à saúde da pessoa idosa na USF São Francisco, Codajás, AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

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

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

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e 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 de 135 com 80 mmHg para Diabetes Mellitus.

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

Objetivo 3. Melhorar 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 riscos de morbimortalidade.

Objetivo 6. Promover a saúde do idoso.

Meta 6.1. Garantir orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientações para a prática regular de atividade física a 100% dos 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 quatro meses na Unidade de Saúde de São Francisco, no município de Codajás. Participarão da intervenção todas as pessoas idosas da área de abrangência. O cadastro será realizado a 146 usuários maiores de 60 anos da área. Será utilizado o protocolo manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade no eixo de monitoramento e avaliação será utilizada a ficha espelho fornecida pela UFPEL e habilitaremos uma pasta com a relação dos usuários idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade. Além de fazer uma atualização do cadastramento destes indivíduos que nos permitiram monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura desta ação programática da área com acompanhamento na unidade, apoiando-nos com a equipe nas reuniões de cada semana. No que tange a organização e gestão do serviço garantiremos o acolhimento dos usuários idosos por meio do projeto de intervenção, assim como fazer o verdadeiro cadastramento dos mesmos pelos ACS de sua área de abrangência. O acolhimento será de forma ativa, toda equipe deve estar preparada para enfrentar as diferentes situações, seja por demanda espontânea, consulta planejada ou intercorrências. Cada um dos agentes fará o cadastramento de todos os usuários idosos residentes na área. O engajamento público acontecerá por meio do esclarecimento a comunidade sobre a importância dos usuários idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Isso será realizado mediante as conversas nas consultas, nas visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe. Será orientado a alcançar à participação da comunidade por meio das palestras sobre a importância do acompanhamento periódico dos idosos na unidade de saúde assim como o comprometimento de todos no trabalho com este grupo etário. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde por meio das palestras planejadas para que a comunidade tenha conhecimento da existência do programa para que acreditem que atenção primária é a porta de entrada do SUS onde é capaz de trabalhar com os programas de saúde com o objetivo de assistir e orientar a comunidade no que diz respeito a diagnóstico, tratamento, promoção a saúde e prevenção de agravos. No eixo da qualificação da prática clínica nossa equipe será capacitada para o acolhimento e busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, além de informar e

debater em cada reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS baseados nas Políticas de Humanização e dos protocolos de saúde da pessoa idosa. Essas atividades serão cumpridas nas reuniões semanais da equipe pelo médico e enfermeira da unidade, onde planejamos diferentes temas de atenção aos idosos além de oferecer as mesmos nas reuniões com a equipe em forma de conversas e trocas de experiência. Também será oferecida orientações aos agentes de saúde referentes aos diferentes modos de atuação na busca daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

Para melhorar a qualidade do atendimento da pessoa idosa na primeira meta es realizar Avaliação Multidimensional Rápida anual do 100% dos idosos acompanhados pela unidade de saúde a equipe, no eixo de monitoramento e avaliação temos que conseguir monitorar nos prontuários clínicos a as fichas de espelho realização de Avaliação Multidimensional Rápida, será capacitada toda a equipe para realizar esta avaliação e aproveitando todos os espaços de interação (consultas, visitas domiciliares), identificando os problemas e encaminhando os casos necessários para evitar situações de incapacidade severa. Nas reuniões de equipe estudaremos os protocolos para o atendimento dos idosos e capacitamos a equipe para as orientações sobre importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. No que tange a organização e gestão do serviço, serão garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os usuários idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) que será realizada em cada pessoa idosa nas consulta programadas em uma avaliação completa. Para isso os recursos necessário serão garantidos e disponibilizados pela secretaria de saúde, como balanças novas para avaliação nutricional que serão compradas pela prefeitura. Além disso, faremos avaliação da visão e audição com o teste de sussurro em cada ouvido e uso da tabela de Snellen. Nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional nesta avaliação dos usuários idosos cadastrados no intuito de conseguir fazer estas ações. O engajamento público será realizado por meio da orientação a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Será compartilhado com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Iremos aproveitar todos os cenários possíveis com a comunidade e explicar à

importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem trazer consigo uma limitação da capacidade funcional dos idosos. Será incentivada a participação de cada usuário de acordo com as condutas esperadas em cada consulta com orientações claras entendíveis para que cada um possa ter um estilo de vida saudável. O que tange a qualificação da prática clínica está previsto capacitar os profissionais para o atendimento dos usuários idosos de acordo com o protocolo adotado pela USF. A equipe será treinada para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Estas ações serão feitas mediante a informação, capacitação e debate nas reuniões semanais da equipe com todos seus membros com o subsídio dos protocolos adotados e a necessidade de aprendizagem de cada profissional para as doenças mais frequente e o seguimento segundo o protocolo estabelecido pela USF para o atendimento desta população além de estabelecer a participação da equipe nas consultas dos usuários idosos com o objetivo de criar capacidades para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliação mais complexas. Responsável o médico.

Para a realização do exame clínico apropriado em 100% dos idosos no eixo de monitoramento e avaliação. Será realizado exame clínico apropriado em todas as consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos. Estas ações serão realizadas pelo médico em consultas de usuários idosos agendadas ou de demanda espontânea. No que tange a organização e gestão do serviço para garantir a busca dos usuários idosos que não realizaram exame clínico apropriado e organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares contamos com os agentes de saúde e outros membros da equipe para as orientações a comunidade. Deste modo aproveitaremos as reuniões da equipe para debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos e monitorar nos prontuários clínicos aqueles idosos que não realizaram exame clínico apropriado no intuito de recuperar estas ações em consultas planejadas. Será agendado por meio dos dados oferecidos pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares aqueles usuários idosos hipertensos e diabéticos provenientes destas visitas e acolhe-los na unidade de saúde. Para orientar aos usuários 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. No eixo engajamento público aproveitaremos as palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários 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. No que tange a qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, estabelecendo a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades e habilidade na realização de exame clínico apropriado, como fazer o exame completo do diabéticos explorando a sensibilidade dos pés os pulsos periféricos que são de grande importância para diagnosticar complicações e criar capacidades a equipe no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Será monitorado o número de usuários idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e além de monitorar o número de usuários idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. No eixo de monitoramento e avaliação estas ações serão realizadas com a revisão mensal das fichas clínicas individuais dos idosos hipertensos e diabéticos por toda a equipe e indicação dos exames complementares a todos os usuários avaliados em consultas ou visitas domiciliares pela médica. No que tange a organização e gestão do serviço a enfermeira e o médico garantirão a solicitação de exames em cada consulta. A enfermeira garantirá com o gestor municipal agilidade para realização dos exames estabelecendo contatos com laboratórios para a prioridade deles. A enfermeira fará monitoramento semanal das fichas espelho dos usuários e estabelecerá sistema de alerta para a não realização de exame preconizados. No eixo engajamento público os usuários e a comunidade serão orientados quanto a necessidade e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e para essas orientações será aproveitada a oportunidade das consultas médicas, palestras e visitas domiciliares, onde toda a equipe será responsável. No que tange a qualificação da prática clínica será planejado nas reuniões a capacitação da equipe sobre os temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Responsável a médica e enfermeira.

Para Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a todos os idosos será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia e no eixo de monitoramento e avaliação isso será feito pela enfermeira com o controle adequado em uma pasta dos medicamentos que cada usuário usa e seu registro na farmácia popular. A equipe será capacitada durante as reuniões para o desenvolvimento dessas ações. Além disso, os usuários serão orientados sobre o acesso aos medicamentos de forma gratuita. No que tange a organização e gestão do serviço será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos assim como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Será garantido por meio do registro as necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde no período do ano. A enfermeira fará o controle de estoque (incluindo a validade) mensalmente e assim veremos os medicamentos que temos em existências, e quais estão faltosos assim como os que já estão vencidos, revisar semanalmente em as farmácias populares a presença de os medicamentos necessários para os usuários hipertensos e diabéticos, exigir a Secretaria de saúde a compra de estes medicamentos faltosos e tenham a acessibilidade os usuários em as farmácias popular. No eixo engajamento público a equipe irá explicar e orientar em palestras, consultas médicas e visitas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. No que tange a qualificação da prática clínica será realizada atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Além disso, planejaremos nas reuniões atualização da equipe sobre temas do tratamento de hipertensão e/ou diabetes, assim como devem orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de monitoramento e avaliação, será monitorado e garantido o número de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados por meio das visitas domiciliares da equipe onde os ACS serão os responsáveis. No que tange a organização e gestão do serviço, os agentes comunitários garantirão o registro adequado com agendamento das visitas semanais, fazendo uma busca ativa dos usuários acamados ou com problemas de

locomoção na comunidade mantendo um contato direto com a associação de moradores e representantes da comunidade. No eixo engajamento público iremos aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e na qualificação de prática clínica capacitaremos a equipe durante as reuniões sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Para a realização das visitas domiciliares a todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção no eixo de monitoramento e avaliação, será realizado o monitoramento das informações dos ACS entregues em cada semana sendo verificado pela enfermeira a realização de visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção. No que tange a organização e gestão do serviço, será verificado o agendamento das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção após prévia coordenação com as agentes de saúde em cada reunião da equipe, No eixo engajamento público, iremos aproveitar a participação da comunidade nas palestras para informar e orientar sobre os casos em que necessitam da visita domiciliar, assim como a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Na qualificação de prática clínica os ACS serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Será monitorado o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS mensal. No eixo de monitoramento e avaliação a equipe será capacitada para a tomada adequada da pressão arterial e seu registro em caderneta de saúde e fichas clínicas e Fazer revisão pela enfermeira do número de idosos submetido a rastreamento para HAS, periodicamente através dos prontuários clínicos. No que tange a organização e gestão do serviço a técnica de enfermagem fará e dará prioridade do acolhimento para os usuários idosos portadores de HAS nos dias de atenção a estes usuários. Será coordenado por meio da enfermeira com os gestores o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) para fazer todos os procedimentos em as consultas, que o esfigmomanômetro este bem calibrado, que não falte a fita métrica, contar com material suficiente para realização de hemoglicoteste. No eixo engajamento público iremos utilizar os espaços das palestras para explicar a

comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, assim como os fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS. Na qualificação de prática clínica será estabelecida a presença da equipe da UBS nas consultas médicas para verificação da pressão arterial sistêmica, assim como dedicar um tempo nas reuniões da equipe para exercer a capacitação referente a medida da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Essas ações serão realizadas pela médica e enfermeira.

Será monitorado o número de usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente (pelo menos anualmente). No eixo de monitoramento e avaliação aproveitaremos o acompanhamento do número de usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para fazer rastreamento da DM, capacitaremos a equipe para o teste rápido e as alterações encontradas serão registradas nas fichas e caderneta de saúde assim como as orientações dadas a comunidade. No que tange a organização e gestão do serviço a enfermeira estabelecerá prioridade de forma organizada do acolhimento para os usuários idosos portadores de DM nos dias do atendimento as pessoas idosas, além de coordenar com os gestores todo o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, como as fitas e o aparelho em condições ótimas. No eixo engajamento público aproveitaremos a oportunidade das palestras para informar a comunidade sobre a importância do rastreamento para o DM em usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS, além de explicar os fatores de riscos para o desenvolvimento de DM, será feito pela medica planejamento prévio durante as reuniões da equipe referente os temas a oferecer em cada palestra. Na qualificação de prática clínica a equipe será treinada pela medica para a realização do hemoglicoteste em usuários idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Para a realização da necessidade de atendimento odontológico a todos os idosos cadastrados. Será realizado o monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico de usuários idosos. O médico monitorará em cada consulta e visita domiciliar com o exame bucal a todos os idosos para determinar aqueles com necessidade de atendimento odontológico. No que tange a organização e gestão do serviço, os agentes comunitários darão suporte nestas

ações na unidade e estarão em contato direto com a odontóloga para organizar o acolhimento e a agenda dos idosos, além de capacitar a equipe para agendar consultas odontológicas, dar orientações nas consultas e visitas domiciliares e garantir, por intermédio do gestor de saúde, a atenção da saúde bucal dos usuários idosos, escolher um dia da semana para atendimento exclusivo a esses indivíduos. No eixo engajamento público os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade, as palestras e as visitas domiciliar darão orientações sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos. Na qualificação de prática clínica será oferecida pela odontóloga nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico destes usuários.

Para dar cumprimento a realização da primeira consulta odontológica programática dos idosos cadastrados estas ações serão monitoradas e avaliadas pela enfermeira além do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos usuários idosos adotado pela unidade de saúde, além disso fará revisão semanal das fichas espelhos dos idosos cadastrados em acompanhamento odontológico e emitirá sinais de alerta para idosos faltosos as consultas, No que tange a organização e gestão do serviço a enfermeira fará e organizará o acolhimento e a triagem aos idosos na unidade de saúde e dará a prioridade aos casos com mais necessidade. No eixo engajamento público mediante as palestras feitas pela equipe na comunidade, nas igrejas será informada sobre a importância da realização das consultas com atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral. Na qualificação de prática clínica nas reuniões da equipe antes do final da mesma, a enfermeira fará a capacitação da equipe e os ACS serão treinados e capacitados para dar orientação aos usuários idosos em quanto a realizar as consultas odontológicas e sua periodicidade assim como a identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Para melhorar a adesão ao programa de saúde a pessoa idosa temos previsto fazer busca ativas dos idosos faltosos a consulta no eixo de monitoramento e avaliação a enfermeira fará a revisão sistemática dos prontuários para verificar data da última consulta e assim avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, tendo em conta os idosos com doenças crônicas não transmissíveis, assim como o monitoramento o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Em relações à organização e gestão do serviço planejaremos e organizaremos as visitas domiciliares dos idosos

faltosos a consultas e dar as orientações precisas para seu seguimento adequado em consultas, serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos assim como planejar estas visitas com base na revisão prévia dos prontuários. Será feito o agendamento com ajuda da equipe para acolhimento em consulta dos usuários idosos faltosos provenientes das buscas domiciliares, no intuito de prevenir doenças crônicas e complicações relacionadas. No eixo de engajamento público a equipe oferecerá palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, onde se faz uma avaliação integral do usuário para detectar fatores de riscos e prevenir doenças crônicas e complicações das mesmas. Além disso, aproveitaremos as consultas, visitas domiciliares e palestras para explicar aos usuários idosos e comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Na qualificação de prática clínica será feito pela médica e enfermeira na reunião da equipe a capacitação e treinamento dos ACS com o objetivo de identificar os idosos com atrasos nas consultas fazendo avaliação da caderneta do idoso e nos prontuários clínicos dos mesmos. Além disso, será deliberado o dia e periodicidade das consultas dos usuários idosos com a equipe para uma adequada organização do trabalho.

Para melhorar os registros das informações temos como meta manter registros específicos a todos os idosos cadastrados, para monitoramento e avaliação desta ação a enfermeira e o médico revisarão a qualidade dos registros dos usuários idosos acompanhados na unidade de saúde com o objetivo de organizar o trabalho e facilitar a intervenção. Em relação a organização e gestão do serviço será implantada planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos usuários idosos. Será pactuado com a equipe o registro das informações além de ser definido o responsável pelo monitoramento dos registros. Será organizado 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. Será definido uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro e nomear o enfermeiro como responsável do monitoramento dos registros. No eixo de engajamento público será orientado os usuários e a comunidade mediante palestras sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Na qualificação de prática clínica a equipe será treinada no preenchimento de todos os

registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos usuários idosos. Da mesma forma, a equipe será habilitada para o preenchimento de todos os registros necessários do atendimento aos idosos. Será feito pela enfermeira nas reuniões da equipe.

Para conseguir que todos os idosos cadastrados tenham a caderneta de saúde da pessoa idosa, para o monitoramento e avaliação será distribuída a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os usuários idosos cadastrados e monitorado os registros da caderneta. Também devemos completar o cadastro de todos os usuários idosos da área de abrangência pelos ACS, na organização e gestão do serviço será solicitado pela enfermeira ao gestor a disponibilização das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para possibilitar a entrega para aqueles usuários que ainda não a possuem. No eixo de engajamento público toda a equipe fará palestras na USF e na comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando comparece as consultas em outros níveis de atenção. Na qualificação da prática clínica a equipe será treinada para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa durante as reuniões da equipe. Será feito pela médica e enfermeira.

Para monitorar o número de usuários idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, no eixo de monitoramento e avaliação toda a equipe fará o rastreamento na área de abrangência identificando estes usuários no intuito de estabelecer ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Na organização e gestão do serviço as consultas serão planejadas dando prioridade de atendimento aos idosos com fatores de risco e doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças coronárias). No eixo de engajamento público serão organizadas palestras com o grupo de usuários idosos, assim como nas consultas e visitas domiciliares para explicar o nível de riscos e a importância do acompanhamento mais frequente quando apresentar alto risco. Na qualificação da prática clínica será oferecida, nas reuniões de equipe, pela médica a capacitação dos profissionais abordando a identificação oportuna e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Será monitorada a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os usuários idosos e o número de idosos com obesidade ou desnutrição, no eixo de monitoramento e avaliação será garantida pela equipe nas consultas e visitas domiciliares a orientação nutricional do hábito a

alimentar saudável para todos os usuários idosos por meio do monitoramento dos prontuários médicos dos usuários idosos cadastrados, além disso será definida a quantidade de usuários idosos com obesidade, desnutrição para ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. Na organização e gestão do serviço serão determinadas ações realizadas por agentes comunitários de saúde com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. No eixo de engajamento público serão realizadas palestras pela equipe com a comunidade, cuidadores e o grupo de usuários idosos para educar e trocar experiências sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Na qualificação da prática clínica serão oferecidas pela médica informações a equipe que ajudem na capacitação para promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável ou com guia alimentar para a população brasileira, além de realizadas capacitações durante as reuniões da equipe com temas pertinentes para a realização de orientação nutricional específica para o grupo de usuários idosos hipertensos e diabéticos.

Será monitorada a realização de orientação de atividade física regular para todos os usuários idosos assim como o número destes indivíduos que realizam atividade física regular. Nos prontuários clínicos serão revisados o número de usuários idosos que recebem orientações sobre atividade física regular para todos os idosos, assim como definir a quantidade de idosos que realizam atividade física regular. Na organização e gestão do serviço serão estabelecidas ações para orientação da prática de atividade física regular pelos os agentes de saúde com a supervisão do médico e enfermeiro. No eixo de engajamento público será informado nos diferentes espaços de consultas, visitas domiciliares e palestras a importância da realização de atividade física regular. Na qualificação de prática clínica será oferecida pela médica diferentes metodologias a equipe da forma como os usuários idosos devem ser orientados sobre a realização de atividade física regular adaptada as suas condições física.

Será monitorada as atividades educativas individuais. O monitoramento das atividades educativas individuais dos usuários idosos será realizado por meio dos prontuários clínicos. Na organização e gestão do serviço serão planejadas consultas médicas tendo em conta todos os elementos que permitam diferenciar as orientações individuais de cada usuário. No eixo de engajamento público serão

oferecidas pela equipe palestras aos usuários idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Na qualificação da prática clínica se fará capacitação pela médica sobre orientações durante os diferentes encontros sobre higiene bucal e de próteses dentárias dos usuários idosos.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: ampliar a Cobertura da atenção á saúde do idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção á saúde do idoso da área da unidade de saúde para um 100%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

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

Indicador. 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.

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Relativo ao Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador. 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 Saúde do Idoso vamos adotar o manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006, com o apoio dos demais cadernos de atenção básica. Faremos três impressões para facilitar a capacitação da equipe.

Para garantir o monitoramento das ações Serão utilizadas e disponibilizadas 146 fichas espelho disponíveis pelo curso e os prontuários dos idosos para realização dos registros e possibilitar a coleta de todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, que será arquivadas numa pasta dos idosos onde a enfermeira revisara mensal. Estimamos alcançar com a intervenção os 146 idosos que corresponde a 100% da cobertura da área de abrangência com cadastro atualizado. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da impressão das fichas espelho e de acompanhamento de saúde que serão anexadas aos prontuários para possibilitar o acompanhamento mensal da intervenção.

Para facilitar nosso trabalho precisamos de prontuários individuais e 146 cadernetas de saúde sendo que os mesmos já foram solicitados aos gestores municipais e além disso, faremos uso de computador, impressora e material de consumo (500 folhas e 10 canetas).

O agente comunitário fará busca ativa agendando consultas para três usuários por dia para consulta ou visita domiciliar com o médico e a enfermeira para a realização das ações programadas, as visitas será feita por nossos próprios meios pois, não temos transporte disponível na nossa comunidade que não é muito longe e é de fácil acesso. Há dificuldade somente quando a comunidade se encontra alagada. Faremos o controle dos medicamentos de uso dos usuários idosos com doenças crônicas que recebem mensalmente das farmácias populares para garantir o tratamento continuado. Contamos com esfigmomanômetro e estetoscópio,

glicosímetro, balança para pesagem de adulto e precisamos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares e material de consumo.

A equipe receberá capacitação sobre o Manual Técnico da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde. Essa capacitação ocorrerá na própria unidade e para isso será reservado um turno das duas últimas semanas antes do início da intervenção e um turno durante a primeiro mês da intervenção durante as reuniões da unidade. Será necessário a utilização de três cópias do manual, cadernos e lápis pra anotação pelos ACS. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O responsável será o médico da unidade. Também se realizará capacitação dos ACS para cadastramento e busca ativa de usuários idosos faltosos as consultas.

Para esclarecer a comunidade sobre a importância dos usuários idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade será realizadas palestras na unidade com frequência semanal e os responsável do planejamento das atividades serão o médico e a enfermeira. Apresentaremos o projeto esclarecendo a relevância do cuidado e assistência a saúde do usuário idoso para melhoria do processo de envelhecimento. Solicitaremos apoio da comunidade para garantir no sentido de ampliar a cobertura de atendimento do usuário idoso em nossa unidade. Para isso será necessário disponibilizar, lanche, café e água para os participantes, além disso será utilizado projetor e computador para mostrar materiais didáticos todo este materiais vão ser providenciados pela secretaria de saúde.

Para viabilizar a ação de reunião com equipe de saúde e secretaria municipal temos que garantir a presença de todos os funcionários municipais da secretaria de saúde para explicar a importância de nosso foco de intervenção e garantir o apoio em todas as ações que temos que realizar durante a intervenção. Além disso, garantir a realização dos exames complementares e a disponibilidade dos medicamentos das farmácias populares para os usuários idosos que sofrem de hipertensão e diabetes. Esta reunião será feita na primeira semana da intervenção na secretaria de saúde municipal às 17h. O responsável por esta atividade será o médico da unidade e o secretário de saúde.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apresentar o projeto para a equipe de saúde e aos gestores com o papel de cada profissional na ação programática e as atividades a desenvolver	X											
Capacitação da equipe de saúde para a execução do projeto	X	X	X	X								
Cadastramento e atendimento clínico do usuários idosos seguindo o protocolo de atenção à saúde dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visita domiciliar aos usuários idosos acamados o com problemas para a locomoção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para explicar a importância do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar a comunidade sobre o programa de atenção à saúde dos idosos				X				X			X	
Realizar ações educativas de promoção a saúde aos idoso	X				X	X						
Organizar praticas coletivas para orientação de atividades físicas	X											
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X								

Nota:A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 12,13 e 14de agosto de 2015.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção com objetivo principal de qualificar a saúde do usuário idoso na USF São Francisco no município de Codajás/AM teve início no dia 2 de abril de 2015, com duração de 12 semanas. Neste período o programa de saúde do idoso cadastrou 138 usuários o que representou o alcance de 94,5% da cobertura em três meses. Todos os usuários idosos cadastrados no programa realizaram a avaliação multidimensional rápida e exame clínico apropriado. Os 10 (100%) usuários acamados receberam visitas domiciliares. Foi realizada a busca ativa a todos os faltosos as consultas e além disso, todos foram rastreados para identificação de hipertensão e diabetes.

O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto o período foi encurtado para 12 semanas por orientação da coordenação do curso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Toda a equipe trabalhou com muita eficiência para dar início ao intervenção, seguindo as ações programadas no cronograma. Na primeira etapa fizemos apresentação do trabalho de intervenção aos profissionais da unidade e ao gestor municipal, especificando as ações da intervenção para cada integrante da equipe. De imediato começamos com a capacitação dos agentes para começar o trabalho onde falamos sobre a importância do cadastramento de modo que nenhum usuário

idoso deixe de beneficiar-se pelo projeto. Orientamos sobre o agendamento de consultas multiprofissional aos usuários idosos cadastrados pelos ACS durante a visita domiciliar que orientavam sobre a existência da intervenção na saúde do idoso. Para poder desenvolver várias ações, foi preciso sensibilizar e envolver a equipe de trabalho, os gestores e a comunidade. Implantamos a reunião semanal, implantamos a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e começamos o cadastro dos usuários idosos residentes na área.

Foram realizadas busca ativa de usuários faltosos a consulta, conseguindo que muitos usuários voltassem as consultas para avaliar sua doença e estado de saúde. Realizamos atividades de promoção de saúde com diferentes temas referentes as doenças crônicas não transmissíveis próprias dos usuários idosos além de orientações relacionadas a alimentação saudável e pratica sistemática de exercícios físicos no intuito de incentivar mudanças no estilo de vida, conseguindo que desta forma estes usuários se mantivessem compensados de seus doenças crônicas. Os usuários ficam mais preocupados por sua saúde e fazem um melhor tratamento e assim diminuem os fatores de riscos evitando as complicações. Conseguimos uma maior incorporação ao centro do idoso localizado na cidade para fazerem exercícios físicos, atividades recreativas com o objetivo de incorporá-lo a sociedade e não se sentirem sozinhos, além de conseguir maior atenção familiar. Além disso, houve também avaliação odontológica e palestras.

Nas últimas semanas da intervenção tivemos muitas dificuldades com o atendimento odontológico relacionado com a primeira consulta odontológica programática onde alcançamos somente 71% dos usuários cadastrados pois, não tínhamos disponível o material necessário para o atendimento e muitos usuários idosos ficaram sem as consultas programáticas. Além dos medicamentos da farmácia popular que são insuficientes para a grande demanda que temos sobretudo com os medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes. Também foram apresentadas dificuldades com a disponibilidade da fita para medir a glicemia capilar dos usuários diabéticos antes das consulta assim como nas pesquisas dos usuários hipertensos para a detecção do diabetes. Mas, apesar das dificuldades alcançamos bons resultados e conseguimos incorporar um grande número de usuários idosos em nossas consultas.

Mesmo assim, devo destacar que a secretaria de saúde e a prefeitura do município apoiaram nosso trabalho durante toda intervenção. Todos os usuários

idosos cadastrados na planilha coleta de dados tiveram avaliação médica integral. Muitos desafios foram enfrentados para alcançar os resultados propostos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Fazendo uma análise podemos dizer que praticamente todas as ações previstas no projeto foram cumpridas, existindo algumas dificuldades no início da intervenção como por exemplo, na organização do atendimento sincronizado com a odontologia devido ao excesso das outras demandas, dificuldade na realização das visitas domiciliares aos usuários idosos com problema de locomoção devido aos dias de chuvas, alagamento das ruas por causadas enchentes, além de interferir na assistência da totalidade dos idosos agendados nas consultas, mas apesar das dificuldades atingimos bons resultados. Podemos afirmar que o processo de trabalho está organizado no centro de saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao início da intervenção tínhamos dúvida em como preencher a planilha de coletas de dados, além dos indicadores porque não fizemos a somatória dos dados nos meses trabalhados, mas com ajuda de nossa orientadora foi resolvido obtendo bons resultados. Estas ferramentas foram de muita utilidade para o nosso trabalho uma vez que nos permitiu maior organização e sistematização nas ações desenvolvidas durante a intervenção. Da mesma forma, em conjunto com os diários da intervenção que nos facilitou a narração e descrição de cada atividade programada no cronograma, do controle e acompanhamento de cada usuário idoso com alguma alteração apresentada no atendimento. Além disso, houve boa

aceitação do termo de consentimento para autorização das fotos publicadas em cada diário.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho realizado pela equipe me deixou muito satisfeita, por ter demonstrado grande interesse e no desenvolvimento da intervenção. Recebi muito apoio de todos os profissionais em algumas situações e graças ao nosso constante trabalho muitos usuários idosos estão com as consultas em dia de acordo a protocolo, avaliação multidimensional rápida onde são medidos muitos aspectos importantes, o tratamento está adequado para as doenças apresentadas, saem da consulta com a próxima consulta agendada, contamos com um dia para fazer as consultas dos usuários idosos todas as segunda feiras na manhã cada ACS é responsável de agendar dois idosos por cada micro áreas dando 10 fichas e deixando duas vagas para os faltosos semanais, além das visitas domiciliares. Sendo agendado as consultas odontológicas programática as quintas feiras de manhã Deste modo, toda a equipe pretende continuar com o trabalho desenvolvido dando continuidade as reuniões de equipe para o planejamento das ações, capacitação da equipe, organização do processo de trabalho, monitoramento e avaliação. A equipe deseja manter um bom acolhimento dos usuários assim como continuar fazendo um registro atualizado de todas as pessoas idosas, cadastramento, avaliando as fragilidades e doenças que se apresentem, avaliação multidimensional rápida periodicamente, avaliação das complicações das doenças crônicas, exames periódicos, pesquisa para identificação do diabetes especialmente nos usuários idosos hipertensos e sobretudo a avaliação pelo dentista. Também continuaremos resgatando os usuários faltosos à consulta agendada e cumprindo com as indicações do programa estabelecido pelo Ministério da Saúde, para assim ter uma melhor qualidade de atendimento e propiciar uma assistência mais qualificadas para estes usuários. Deste modo procurando gerar mudanças no estilo de vida além de incorporá-las a vida social com participação ativa. No entanto,

temos que melhorar alguns aspectos como por exemplo: garantir os regentes para fazer os exames laboratoriais necessários para esses usuários, garantir a fita para a realização da glicemia capilar dos usuários diabéticos antes das consultas médicas e garantir a assistência de outras especialidades para avaliação correta dos usuários portadores de HAS e DM.

A equipe está muito motivada da mesma forma que a comunidade demonstrando satisfação com a melhoria do atendimento. Os usuários idosos estão motivados e comparecem as consultas sem dificuldade, pelo que acreditamos que o programa terá continuidade, pois sensibilizou a gestão, a comunidade e a equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da qualidade da atenção ao idoso na USF São Francisco, Codajás, AM. Antes de começar o projeto de intervenção havia um total de 146 usuários idosos o que correspondia a 79% da população estimada pelo caderno de ações programáticas. No início da intervenção os dados estavam desatualizados, muitos usuários não tinham prontuário clínico, o que nos impossibilitava conhecer a real população de idosos da unidade de saúde. Sendo assim, utilizamos como total de população alvo residente na área os 146 idosos já cadastrados sendo hoje nosso 100%. No entanto, ao longo da intervenção, com a criação da ficha espelho e o trabalho em equipe, conseguimos atualizar os cadastros dos idosos e dar complemento aos objetivos propostos, dar uma melhor atenção médica aos usuários além de fortalecer e melhorar a qualidade de vida da população em geral. As metas estabelecidas no projeto previam a realização da intervenção em 16 semanas, mas foi concluída em 12 semanas. Abaixo serão apresentados os resultados com base nas metas propostas, destacando seus aspectos quantitativos e qualitativos referentes a cada indicador.

Objetivo1: 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 100%.

Após 12 semanas de intervenção, conseguimos cadastrar 138 usuários idosos que correspondem à cobertura de 94,5% da população estimada, no primeiro mês conseguimos cadastrar 45 idosos para um 32,9% de cobertura, no segundo mês 49 para um 65,1% e no terceiro mês 44 para um 94,5% (**Figura 2**). Várias aspectos dificultaram o alcance da meta de cobertura de 100%, tais como o grande tamanho da área de abrangência, com uma população de 3027 habitantes, onde a geografia da região onde está localizada a UBS é complicada, o clima é muito ruim com chuvas quase diárias, os alagamentos durante a cheia do rio dificultam a chegada dos usuários a unidade de saúde e também da equipe de saúde aos domicílios para visitas domiciliares. Podemos afirmar que essas dificuldades impediram de alcançamos as metas de cobertura proposta, porém acreditamos obtivemos um sucesso visível no período de três meses, ou seja, de 12 semanas que desenvolvemos o trabalho. Podemos ressaltar que durante esta etapa fomos apoiados pelos gestores de saúde do município e o governo municipal. Além disso, podemos destacar o trabalho da equipe que foi muito bom, conseguindo atingir o objetivo proposto de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. O desenvolvimento do trabalho é contínuo para melhorar ainda mais e manter a qualidade do programa dos usuários idosos e com isso contribuir para fortalecer e melhorar a qualidade de vida a saúde das pessoas idosas e contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível no Brasil.

Todos colaboraram, de uma forma ou de outra, para que as ações pudessem ser concretizadas. O cadastramento da população alvo pelos ACS também favoreceu a intervenção e o aumento da cobertura. Estamos trabalhando para garantir a continuidade da intervenção na melhoria do programa de usuários idosos, além disso, estamos atuando para melhorar a qualidade da assistência aos demais usuários, contribuindo para que mais pessoas alcancem a longevidade com qualidade de vida.

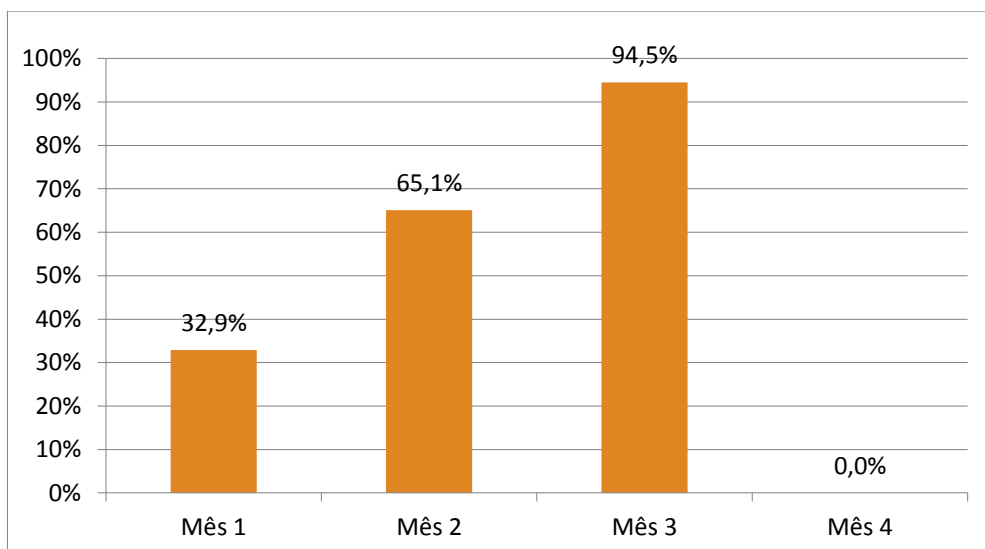


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF São Francisco, Codajás, AM.

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.

Antes da intervenção, a proporção de usuários idosos com avaliação multidimensional rápida era muito baixa, apenas 5%. Mas, ao longo da intervenção foi possível realizá-la em todos os idosos (100%). Esta é uma avaliação muito importante e um instrumento para a detecção da fragilidade da pessoa idosa. No primeiro mês foram avaliados 45 idosos (93,8%), no segundo mês 49 (98,9) e no terceiro mês 44 (100%) não conseguimos alcançar no primeiro e segundo mês o 100% porque tivemos três usuários idosos faltosos que tiveram busca ativa e foram recuperados no mês seguinte. Estes resultados são apresentados na **Figura 3**.

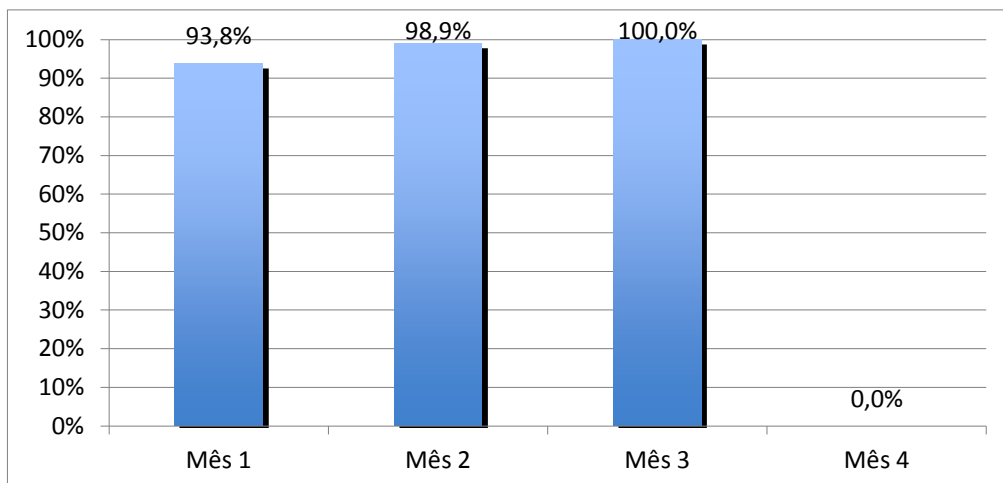


Figura 3: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Antes da intervenção, o exame clínico apropriado não estava em dia, pois a consulta era direcionada à queixa do idoso. Realizamos o exame clínico apropriado no primeiro mês a 45 idosos para um (93,8%), no segundo mês a 49 (98,9%), alcançando no terceiro mês os 44 (100%) dos usuários idosos cadastrados e acompanhados na UBS. Tendo como dificuldade que não temos oftalmologista no município para garantir fundo de olho nos idosos diabéticos e hipertensos. Além disso, foram encaminhados dois usuários idosos pra avaliação de fundo de olho onde uma teve diagnóstico de glaucoma e o outro com retinopatia diabética onde foi medicado e ficou em seguimento com oftalmologista. Realizamos também exame físico dos pés dos diabéticos e dos idosos com sequelas de Hans que só temos uma na área com úlceras plantares. Todos os usuários idosos com exame clínico nos permite ter uma classificação de risco e poder atuar de acordo a necessidade detectada. Estes resultados estão apresentado na **Figura 4**.

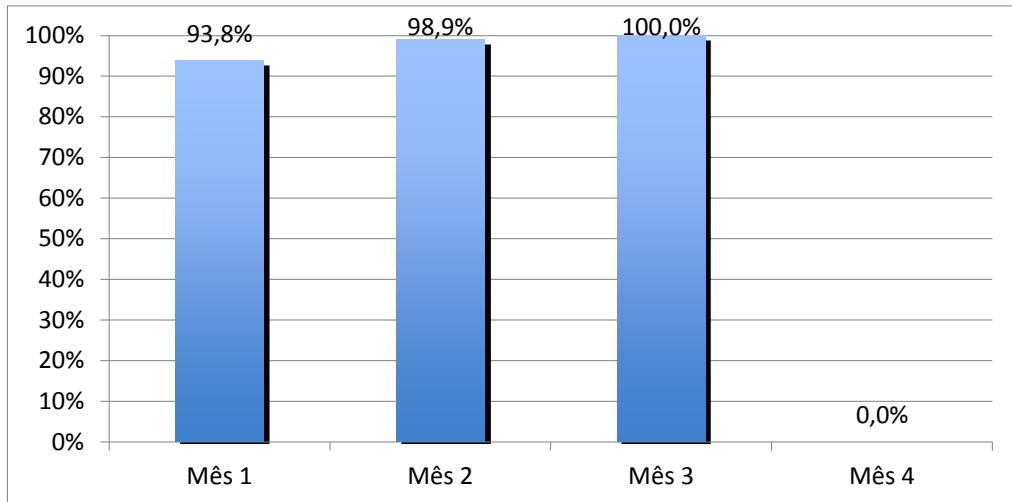


Figura 4: Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.



Figura 5: Exame clínico apropriado do idoso.

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

Durante a intervenção dos idosos hipertensos e diabéticos tiveram solicitação de exames complementares. Comportando-se no primeiro mês 25 usuários idosos para um (100%), no segundo mês a 39 (100%), alcançando no final da intervenção 70(100%) dos usuários idosos cadastrados e acompanhados na unidade. Apresentamos no início algumas dificuldades com os reagentes para fazer alguns exames como colesterol, triglicerídeos, fitas para fazer teste de glicemia antes da consulta mas, a meta foi cumprida com o esforço do trabalho da equipe da policlínica onde os exames foram realizados.

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

Durante a intervenção obtemos no primeiro mês 45(93,8%)dos usuários idosos com prescrição de medicamentos, no segundo mês 49 (98,9%) e no terceiro mês finalizamos com 27 (87,7%). Ressalto o fato de não contarmos com uma farmácia na unidade somente uma municipal com pouca estrutura e não tinham muitos medicamentos sobre tudo para os usuários hipertensos uma vez que muitos tem tratamento com losartana, anlodipino, atenolol, carvedilol entre outros que não são disponibilizados com muita frequência e a compra dos medicamentos pela prefeitura foi instável ao longo da intervenção (**Figura 6**). No entanto, com o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura, a farmácia ganha em organização sendo adquiridos os medicamentos para suprir as necessidades dos usuários com esta doença e assim melhoramos a qualidade de vida desses usuários que na sua maioria possuem baixo nível socioeconômico.

Ainda temos dificuldades porque a demanda de medicamentos para a hipertensão é muita e muitos usuários não faziam tratamento porque a localização da farmácia popular é muito distante da unidade de saúde, mas em breve tempo resolveremos o problema garantindo a entrega dos medicamentos por meio dos agentes de saúde.

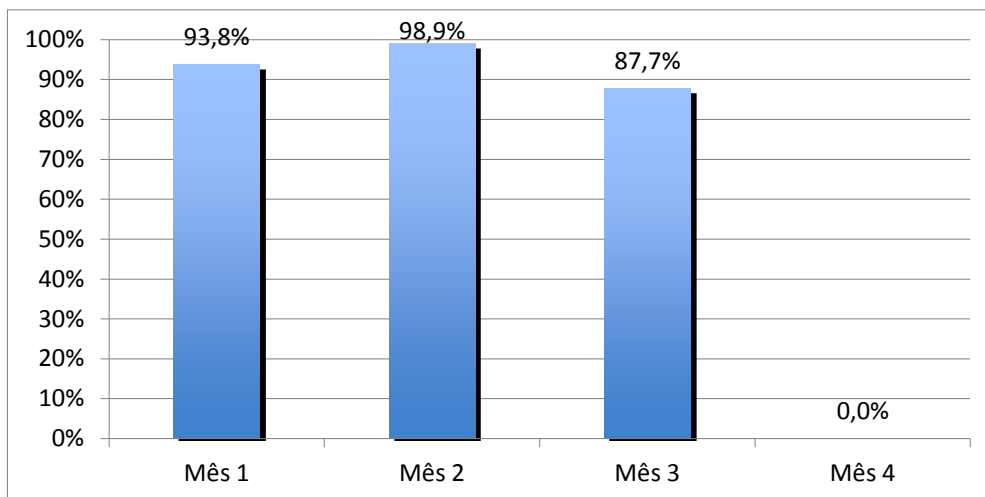


Figura 6: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Durante a intervenção conseguimos cadastrar 10 usuários idosos acamados e com problemas de locomoção, no primeiro mês 6 (100%), no segundo mês 4 (100%). Toda a equipe se esforçou muito pra conseguir alcançar a meta realizando um trabalho intenso e contínuo com as visitas domiciliares sobre tudo pelos agentes comunitários de saúde. Assim foi possível organizar e planejar as visitas ao domicílio. Este trabalho nos ajudou muito a conhecer o estado atual de nossos idosos e desse modo oferecemos orientações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, além da consulta tradicional.

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

Durante a intervenção conseguimos cadastrar 10 idosos acamados e com problemas de locomoção, no primeiro mês 6 (100%), no segundo mês 4 (100%). Todos foram visitados alcançando 100% da meta. No primeiro mês foi visitado um usuário idoso com sérios problemas sociais mas, os filhos dele não querem cuidá-lo e está morando com uma irmã que não recebe nenhum salário a mais e suas condições de vida são desfavoráveis. Sobre este caso já foi falado com o secretário para verificar uma forma de ajudar com coisas básicas, ao menos com a alimentação. Durante as visitas distribuímos a caderneta da pessoa idosa

preenchida e coleta de material para a realização dos exames. Todos os membros da equipe participam das visitas domiciliares.



Figura 7: Visita domiciliar a idosa acamada.

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

Em relação à verificação da pressão arterial, no primeiro mês foram avaliados 45 de 48 usuários agendados, correspondendo a 93,8% de rastreamento, no segundo mês 49 usuários idosos (98,9%), os quais foram recuperados alcançando no terceiro mês 138 idosos avaliados atingindo 100% dos usuários idosos rastreados para HAS (**Figura 8**). Para chegar a este resultado foi muito importante o serviço de triagem pelos auxiliares de enfermagem que sempre fazem o agendamento dos usuários com aferição da pressão arterial antes da consulta e durante as visitas domiciliares dos acamados.

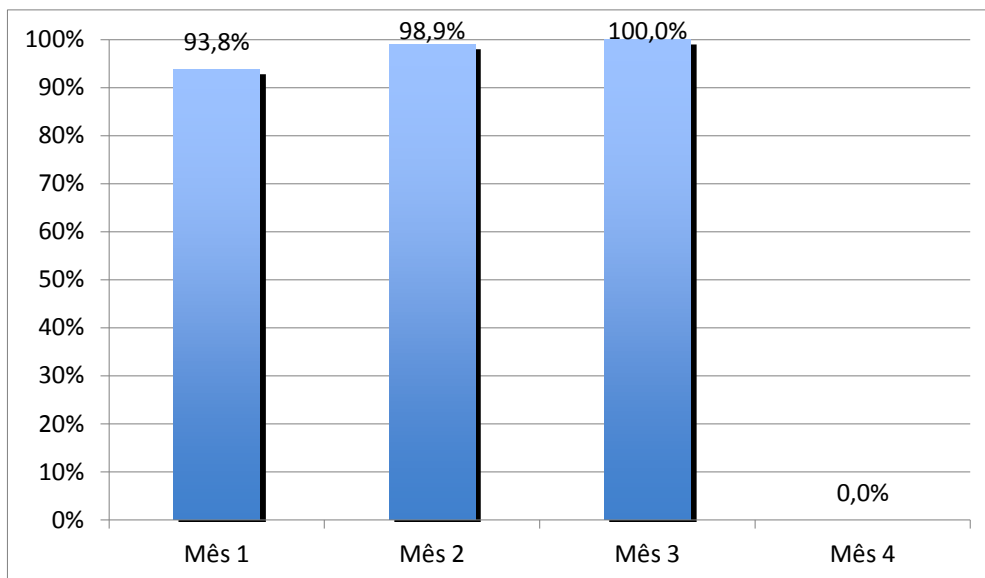


Figura 8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta na USF São Francisco, Codajás, AM.

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).

No primeiro mês foram 25 idosos (100%), no segundo mês 12 idosos (100%) e no terceiro mês 20 correspondendo a 100%. Na unidade já havia um trabalho em nossa consulta e podemos falar que 100% dos usuários idosos hipertensos foram rastreados para diabetes através da glicemia de jejum. Tivemos dificuldade inicial devido à falta de reativo no laboratório, mas foi resolvido rapidamente.

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

A proporção de usuários idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100% após 12 semanas de intervenção. No primeiro e segundo mês da intervenção tivemos dificuldade com os usuários idosos faltosos por isso não alcançamos 100%. No primeiro 45 (93,8%), no segundo 49 (98,9%) e no terceiro 44 (100%). No entanto, foi realizada avaliação após visita dos agentes de saúde, alcançando no terceiro mês 100% dos usuários idosos avaliados. Temos que destacar que se cumpriu o objetivo proposto e a meta de 100% afim de melhorar a saúde bucal deste grupo etário muito vulnerável as doenças odontológicas. A **Figura 9** apresenta esses resultados.

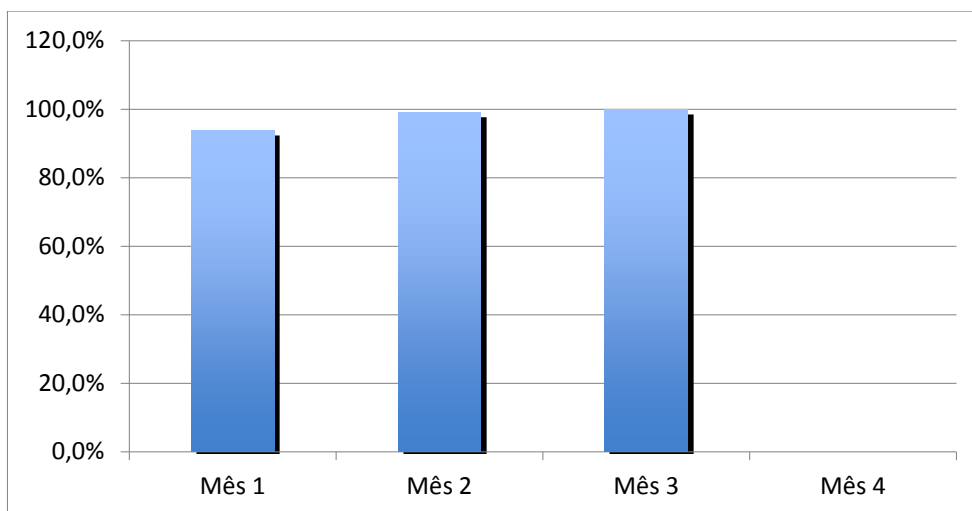


Figura 9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Observamos neste indicador que a proporção de usuários idosos com primeira consulta odontológica programática no primeiro mês foram avaliados 37 (77,1%) sendo maior no segundo mês da intervenção avaliando 56(97,9%) e alcançando ao término da intervenção 98 usuários idosos o que representou 71%. No primeiro mês tivemos alguns faltosos as consultas. Muitos por encontrar-se no interior trabalhando e dos usuários idosos acamados que não foi possível o atendimento devido ao fato da cidade estar alagada e não tínhamos como transportá-los na ambulância até a unidade de saúde. No terceiro mês o atendimento esteve com muita deficiência porque não contávamos com materiais de uso odontológico para oferecer um bom atendimento devido atraso na compra dos medicamentos e materiais pela prefeitura além das dificuldades que estávamos enfrentando com os recursos humanos. Desse modo, finalizamos a intervenção com 98 idosos avaliados correspondendo a 71% (**Figura 10**). Ainda, os percentuais podem melhorar, mas temos que ter em conta que são pessoas idosas com um nível cultural muito baixo. Desse modo, temos que continuar nosso trabalho, fazendo atividades de promoção de saúde bucal para alcançar um melhor percentual dos usuários com avaliados pelo odontólogo. Mesmo assim temos alcançado melhoria no atendimento com dia específico somente para os usuários idosos.

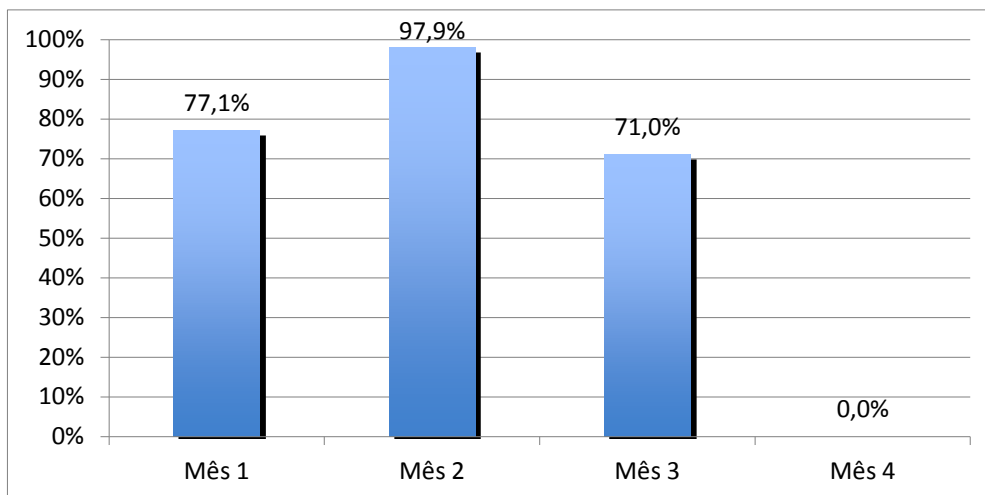


Figura 10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na USF São Francisco, Codajás, AM.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde de idoso.

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

A proporção de usuários idosos faltosos durante o primeiro mês foi de 4 e todos receberam busca ativa (100%). No segundo mês faltou um usuário idoso que recebeu busca ativa no mesmo mês. No terceiro mês não tivemos usuários faltosos. Este trabalho foi realizado por toda a equipe de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde que dia a dia foram buscados os usuários idosos de sua área de abrangência, muitas vezes abaixo de chuva, fazendo as visitas domiciliares para que não ficasse um usuário em avaliação

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Quando começamos nosso trabalho na unidade básica de saúde, muitos usuários idosos não tinham um adequado acompanhamento nas fichas, depois com o trabalho em equipe ao longo da intervenção conseguimos manter as fichas de acompanhamento dos usuários idosos em dia e com toda a história de sua doença, tratamento e exames complementares indicados e realizados com os resultados comentados. A proporção de usuários idosos com registro na ficha espelho no primeiro mês foi de 45 (93,8%) no primeiro mês; no segundo mês 49(98,9%) usuários idosos com ficha espelho preenchida e no terceiro mês 44 idosos

alcançamos os 138 (100%) dos usuários idosos com as fichas de acompanhamento em dia (**Figura 11**). Merece destaque o trabalho feito pelos ACS que ajudaram no registro dos dados preliminares e iniciais. Estes resultados foram o grande trabalho da equipe de saúde e ajuda dos usuários idosos. As fichas de acompanhamento ao princípio da intervenção estavam desatualizadas e tivemos que começar do zero para que todas as fichas de acompanhamento dos usuários idosos atendidos na UBS ficassem atualizadas.

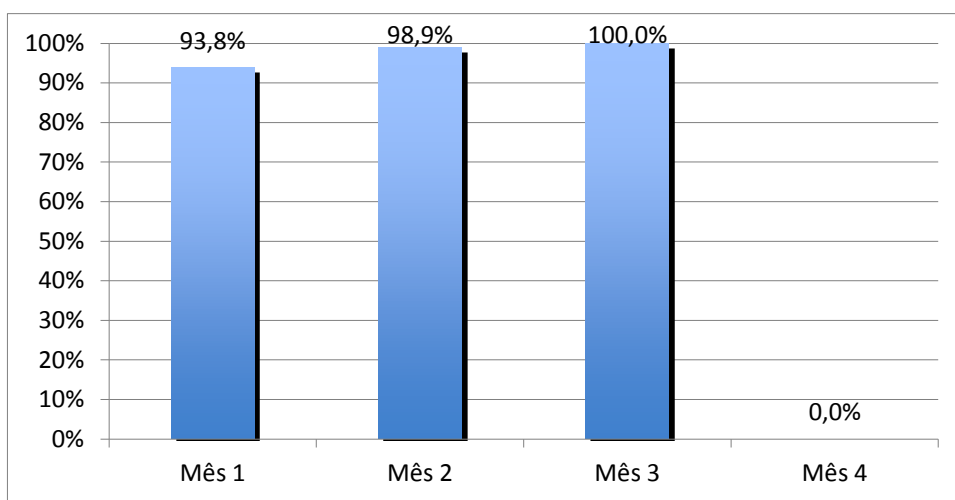


Figura 11: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Durante o primeiro mês de intervenção foram distribuídas as cadernetas da pessoa idosa a 41(85,4%) idosos; no segundo mês 53(98,9%) receberam a caderneta e no terceiro mês alcançando 44(100%) idosos com a caderneta preenchida (**Figura 12**).

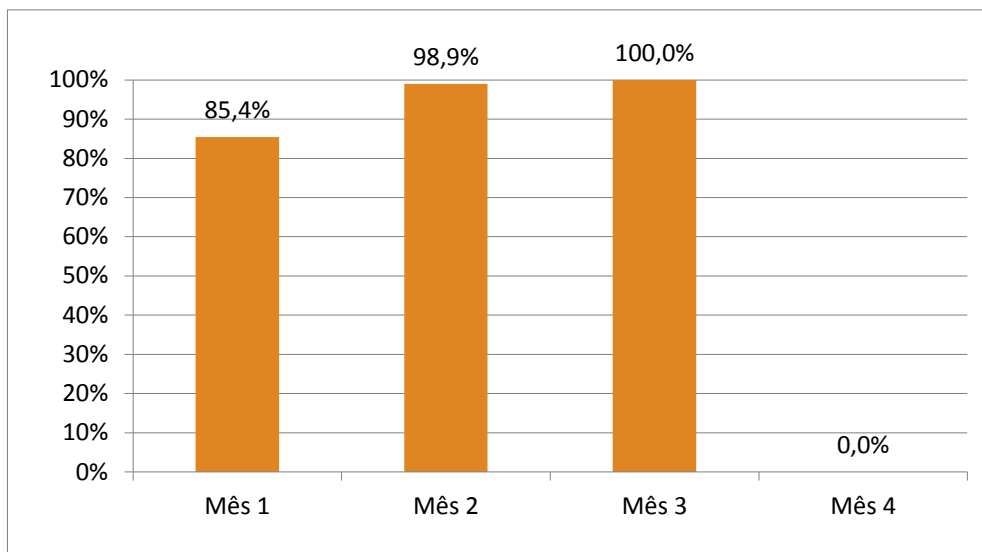


Figura 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na USF São Francisco, Codajás, AM.

No início da intervenção tivemos dificuldades com a disponibilidade das cadernetas uma vez que no município somos sete médicos do programa e dois realizando a intervenção com a mesma temática e na secretaria não contavam com a totalidade das cadernetas. No entanto, ao finalizar o período conseguimos que o total dos usuários idosos tenham suas cadernetas.

Esta caderneta se configura em um importante documento onde registramos todos os dados de nossos usuários tais como, a sua história e todas as particularidades dando um seguimento adequado às pessoas idosas. A entrega deste documento pela equipe aconteceu durante a triagem, aferição da pressão arterial e consulta individual.



Figura 13: Preenchendo a caderneta da pessoa idosa.

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

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

Durante o primeiro mês realizamos o mapeamento de risco em 45(100%) usuários idosos, porque tivemos três faltosos que foram recuperados no segundo mês, no segundo mês 49(93,8%) com um faltoso que também foi recuperado, alcançando durante o terceiro 44 idosos (100%) alcançando a meta proposta (**Figura 14**). Esse mapeamento constitui um elemento muito importante no acompanhamento de nossos usuários idosos para poder desenvolver ações que ajudem a melhorar a saúde e também contribuir ao melhoramento da qualidade. Este indicador foi possível graças ao trabalho da equipe que cadastrou todos os idosos e também aos gestores de saúde que garantiram os recursos necessários para a intervenção.

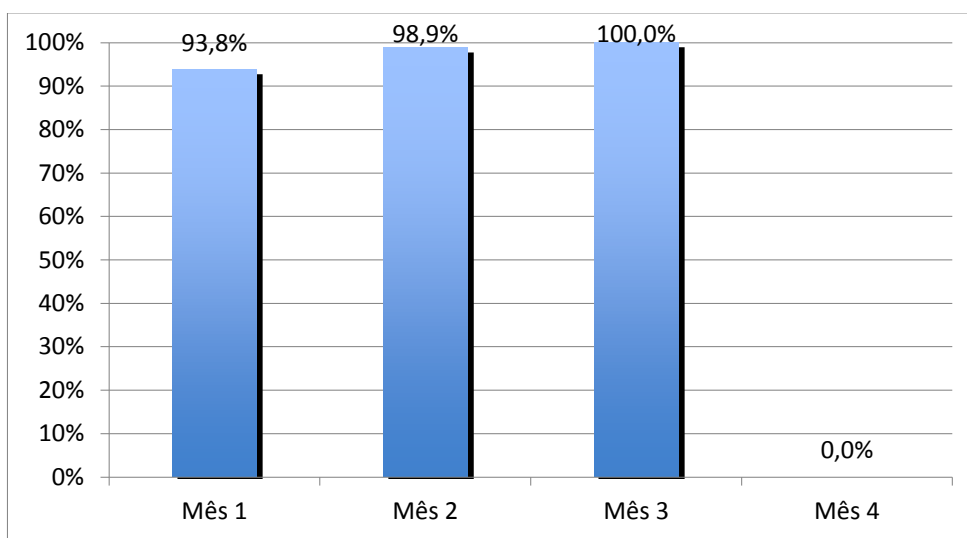


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

A proporção de usuários idosos com avaliação para fragilização na velhice durante o primeiro mês foi 45 (93,8%) usuários idosos; no segundo mês 49(98,9%) alcançando no terceiro mês 44 (100%) usuários idosos avaliados (**Figura 15**) Este parâmetro nos ajuda a desenvolver um grupo de ações que permitem a melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários.

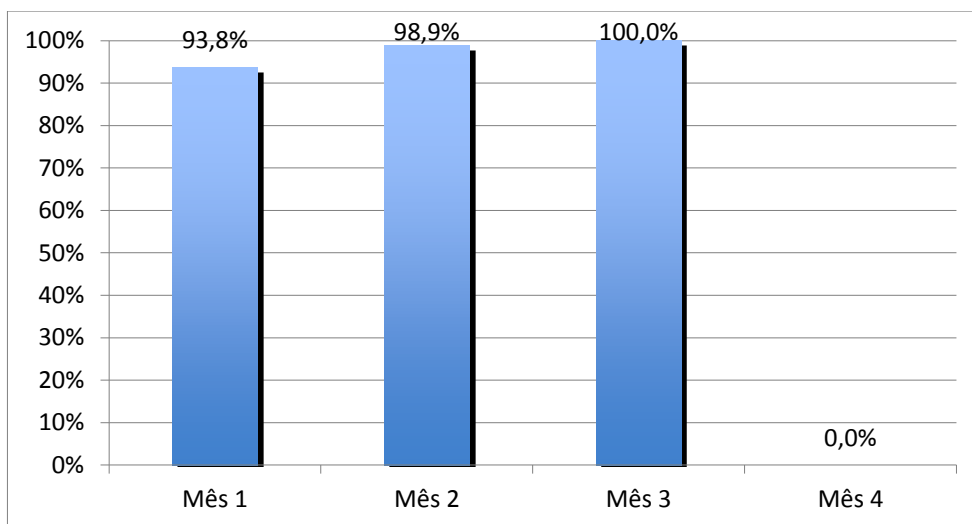


Figura 15: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Durante o primeiro mês da intervenção foi avaliada a rede social de 45 (93,8%) usuários idosos, no segundo mês 49(98,9%) alcançando no terceiro mês 44 (100%) usuários idosos avaliados (**Figura 16**). Ao final do período conseguimos atingir 100% dos usuários idosos com avaliação da rede social.

Destes usuários, três moram sozinhos. Nesta avaliação toda a equipe fez um trabalho educativo com a família desses indivíduos falando do apoio que as pessoas idosas tem que ter assim como a importância da presença dos familiares e não tratar os usuários idosos como pessoas inúteis e inservíveis. Consideramos que é muito importante o apoio psicológico social. Aqui também houve a intervenção da nutricionista e psicóloga a quem encaminhamos estes usuários.

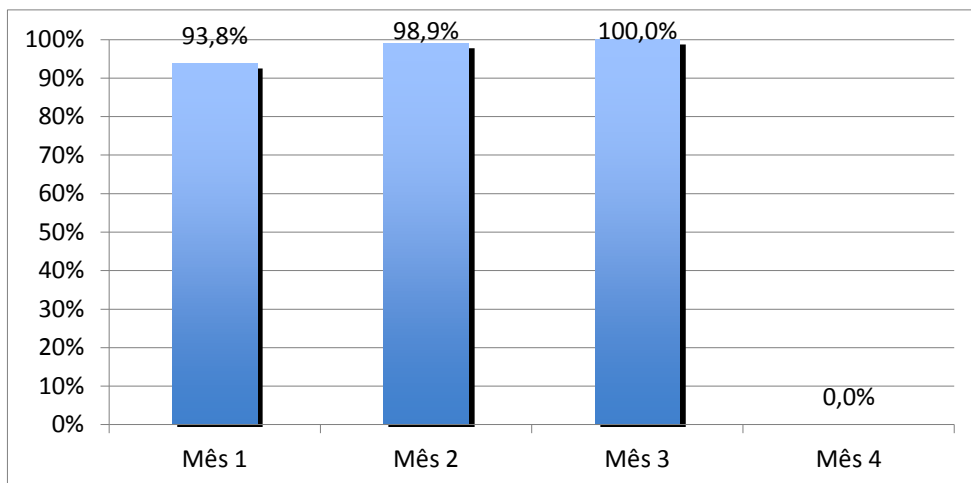


Figura 16: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na USF São Francisco, Codajás, AM.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

A proporção de usuários idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis foi de 100% elemento fundamental para manter a saúde das pessoas. Durante o primeiro mês 45(93,8%) usuários idosos receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis, no segundo mês 49 (98,9%) e no terceiro mês alcançando 44 (100%) usuários idosos (**Figura 17**). Nas 12 semanas realizamos um trabalho orientando os usuários idosos tanto individual como coletivamente em palestras desenvolvidas. Em todas as consultas orientamos a todos os usuários idosos sobre a importância de fazer e manter uma dieta saudável, como comer sem sal, sem gordura, com pouco açúcar, comer frutas e vegetais. Fizemos palestras para ensinar o porquê e importância de uma dieta saudável para evitar riscos como, por exemplo, o aumento do colesterol.

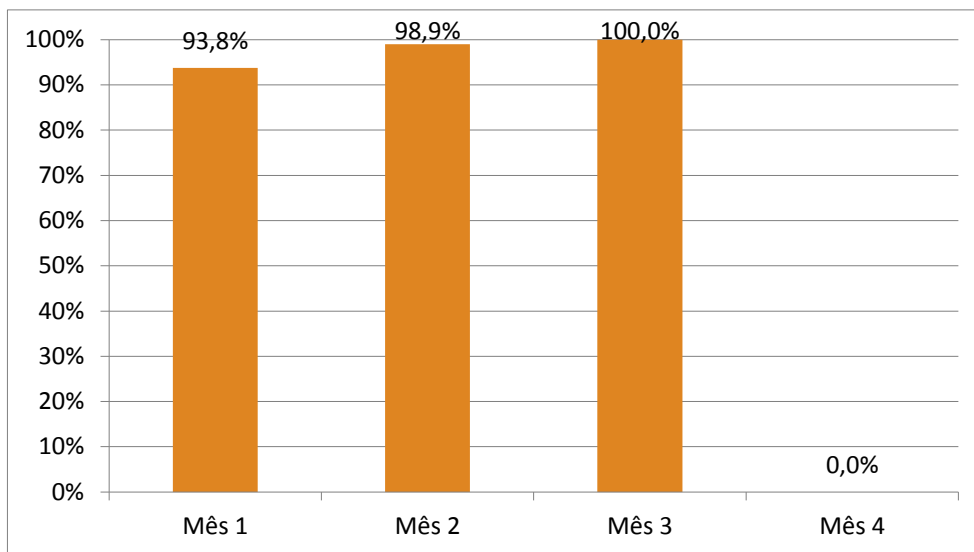


Figura 17: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

A prática regular de exercícios físicos foi um dos temas das palestras que fizemos ao longo da intervenção. Nestas oportunidades, explicamos a importância das atividades físicas que ajudam a manter o corpo humano saudável, reduz o sedentarismo que é um dos fatores de risco de doenças cardiovasculares. Além disso, incentivamos os usuários idosos visitarem o centro de idosos onde contamos com um fisioterapeuta preparado e onde são realizadas diversas atividades com os usuários idosos.

Durante o primeiro mês de intervenção receberam orientação 45(93,8%) usuários idosos, no segundo mês 49 (98,9%) e no terceiro mês 44 (100%)usuários idosos foram orientados sobre a prática regular de atividade física (**Figura 18**).

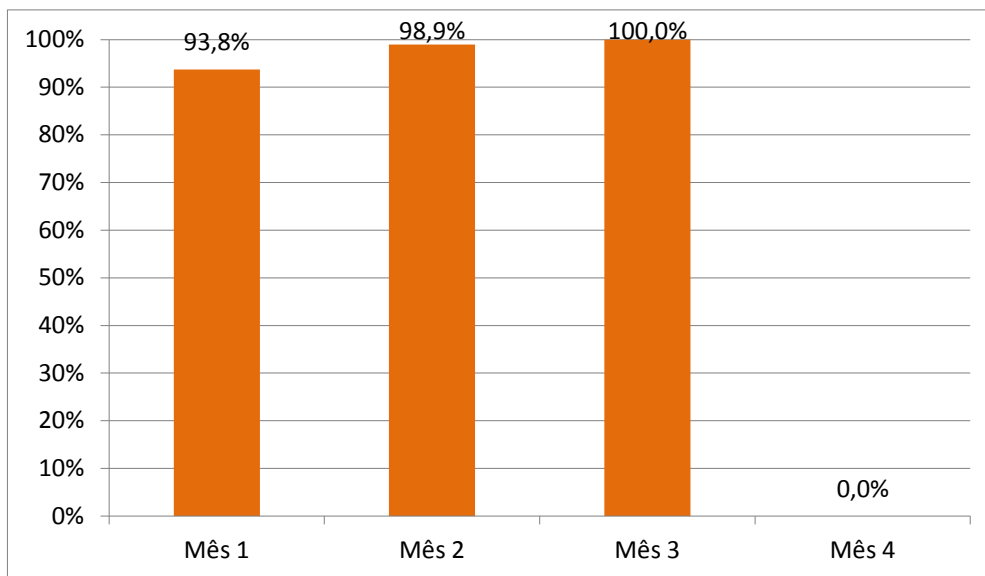


Figura 18: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física na USF São Francisco, Codajás, AM.

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

Durante o trabalho no primeiro mês foram orientados 45(93,8%) usuários idosos e no segundo mês 49(98,9%). A proporção de usuários idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia foi de 44 (100%) durante toda a etapa da intervenção e continuamos trabalhando para seguir atualizando e pesquisando os usuários idosos para que sejam atendidos em consulta (**Figura 19**). Este trabalho é feito na área em consulta individual com o odontólogo, em consulta médica e também é realizado pelos agentes de saúde.

Orientamos a cada usuários como cuidar da saúde bucal. Durante o desenvolvimento do trabalho conseguimos que o odontólogo realizasse os atendimentos em um dia na semana específico para esses usuários. Além disso, realizamos palestra sobre essa temática. Neste trabalho houve o envolvimento de toda a equipe e a secretaria de saúde apoio nossas ações desde o primeiro dia.

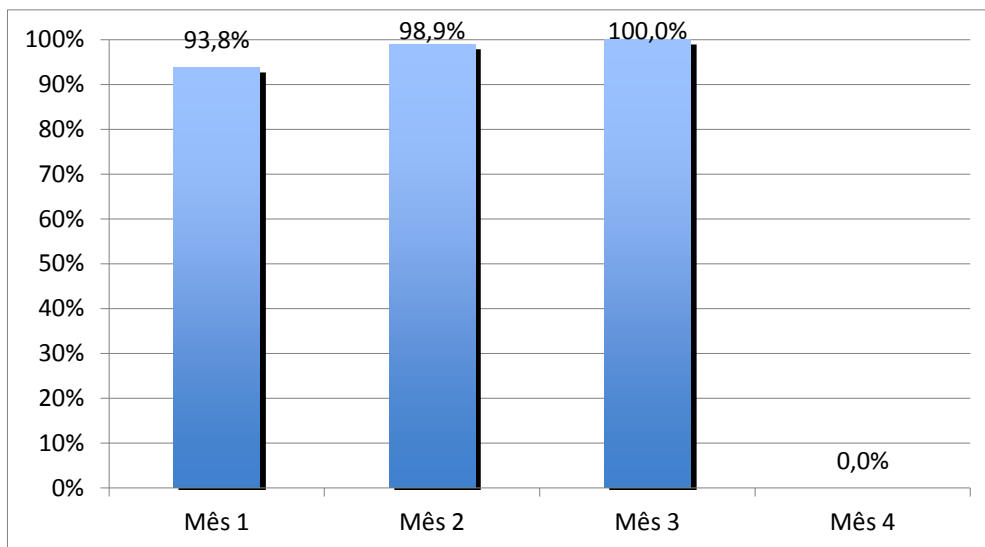


Figura 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF São Francisco, Codajás, AM.

4.2 Discussão

A intervenção na USF São Francisco no município de Codajás/AM proporcionou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários idosos, de 79% segun o caderno de ações programáticas para 94,5%. Tendo hoje atualizado o cadastro para 146 idosos que apresenta o 100% da cobertura da área de abrangência. Melhorou o trabalho da equipe e a qualificação profissional por meio da capacitação com base nos protocolos do Ministério da Saúde.

Iniciamos o cadastramento e atendimento dos usuários idosos que residem na área da UBS. Implantou-se sistema de busca ativa pelos ACS dos faltosos à consulta. Houve melhoria do registro dos usuários, tais como ficha espelho, caderneta para idosos, agendamento organizado dos idosos o que viabilizou a atenção a um maior número de pessoas e a otimização da agenda para atenção da demanda espontânea Estas atividades ajudaram na integração do trabalho da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e recepcionista. Além disso, foi criado um maior vínculo com a família dos usuários idosos nas visitas dos acamados e, também, com as pessoas idosas atendidas em consultas. Realizamos as visitas domiciliares com toda a equipe de saúde o que permitiu uma assistência

multiprofissional incluindo o atendimento odontológico. Tudo isso proporcionou uma melhoria da assistência aos usuários idosos, como por exemplo a ampliação da realização dos exames clínicos e laboratoriais e classificação de risco. Além disso, os usuários idosos passaram a ter mais conhecimentos de sua enfermidade e responsabilidade de sua saúde. As atividades educativas em grupo também foram implantadas todas estas conquistas foram graças ao trabalho em equipe e também o apoio da comunidade, gestores de saúde e do governo municipal.

A intervenção foi focada somente na minha área de abrangência, sendo este o maior problema encontrado na análise situacional. A outra equipe desenvolveu sua intervenção na saúde da criança todas as quartas feiras de manhã, onde as duas populações tiveram boa atitude e conformidade durante a intervenção. A importância da intervenção para a equipe foi a qualificação profissional por meio da capacitação com base no protocolo do Ministério da Saúde. Além disso, melhorou o fortalecimento do vínculo entre os usuários idosos com hipertensão e diabetes e promoveu o trabalho integrado da médica. A equipe ganhou em conhecimento sobre o programa dos usuários idosos, vacinação, medida da pressão arterial, avaliação do risco de fragilidade da pessoa idosa, prevenção de acidentes (que é muito frequente), importância da saúde bucal, alimentação saudável, hábitos higiênicos e prática de exercícios físicos, entre outros temas que também foram abordados em reuniões realizadas semanalmente pela equipe na unidade. Todos os integrantes da equipe tinham conhecimento desde o início da intervenção de suas atribuições fazendo o cadastro semanal dos usuário idosos em todas as terças-feiras. Semanalmente a enfermeira monitorava as fichas espelhos para verificar os faltosos às consultas agendadas, atualização das vacinas ou algum exame. O agente comunitário de saúde foi responsável da busca dos usuários idosos com atraso. O dentista foi o responsável pela saúde bucal, fazendo as consultas e participando nas palestras efetuadas em diferentes lugares das comunidades. Pretendemos dar continuidade e expandir a experiência do projeto para todas as unidades de saúde do município, incluindo a outra equipe que fica na unidade de nossa unidade.

O serviço passou por grandes mudanças com a intervenção, pois antes as atividades de atenção aos usuários idosos eram concentradas na consulta médica, mas a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção multiprofissional. Foram vários os benefícios ao serviço, como por exemplo na melhoria do registro e agendamento de consulta dos usuários idosos que viabilizou a otimização da agenda para a demanda espontânea, organizou o processo de trabalho e fez com que a equipe percebesse a importância de seguir um protocolo. As reuniões, o planejamento, monitoramento e avaliação dos resultados foram fundamentais para a organização do serviço na unidade. Antes da intervenção o usuário idoso frequentava as consultas quando adoecia ou se era hipertenso ou diabético.

A comunidade ganhou com a intervenção com o aumento da cobertura que hoje atinge a 94.5% dos usuários, ou seja, a população tem maior acesso à assistência. Os usuários demonstram satisfação com a prioridade no atendimento tanto na consulta médica como na consulta odontológica. No caso dos usuários idosos que sofrem de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão mais controlados. A busca ativa melhorou muito a adesão ao tratamento e as atividades educativas, de promoção de saúde para uma alimentação saudável, evitar o tabagismo, fazer atividades físicas ajudaram os usuários idosos a melhorar seu estado de saúde além de controlar suas próprias doenças e evitar complicações com o tratamento correto. Além disso, a população ganhou em higiene ambiental e pessoal e maior assistência ao Centro de Idosos onde são realizadas atividades recreativas e exercícios físicos. Temos muitas conquistas mas, ainda temos que conseguir atingir 100% da cobertura dos usuários idosos de nossa área e por isso o trabalho ainda continua na unidade o qual esta meta não alcançou o 100% devido as dificuldade na acessibilidade deles a unidade por a crescida do rio e alagamento de cidade .Além disso temos que alcançar 100% dos indicadores de qualidade onde por distintas causas não conseguimos, outro indicador onde não alcançamos o 100% foi a primeira consulta odontológica programática tivemos dificuldades alguns deles por encontrar-se no interior trabalhando e os usuários idosos acamados que não foi possível o atendimento devido ao fato da cidade estar alagada e não tínhamos como transportá-los na ambulância até a unidade de saúde, além disso esteve com muita deficiência com materiais de uso odontológico e recursos humanos, e a prescrição

de medicamentos da farmácia popular já que muitos dos medicamentos sobre tudo dos idosos hipertensos entre outros não são disponibilizados com muita frequência e a compra dos medicamentos pela prefeitura foi instável ao longo da intervenção.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implantar as ações. Tivemos dificuldades em fazer visitas domiciliares uma vez que, nesta época, chove a maior parte do tempo e as ruas ficam alagadas impossibilitando que os usuários cheguem a unidade e assim como a equipe na residência dos usuários. Apresentamos dificuldades também com o acesso à internet para a busca de informação e realização do projeto. Também tivemos dificuldades para fazer os exames laboratoriais pôr a falta de reagentes e fitas para fazer medir a glicemia dos usuários diabéticos antes das consultas.

Agora que estamos finalizando o projeto percebo que a equipe está integrada, porém como já incorporamos à intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Portanto, a intervenção está incorporada a rotina, mas precisamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários idosos especialmente em relação aos frágeis e de alto risco. Pretendemos, no próximo mês, investir na ampliação de cobertura dos usuários idosos, continuar com a busca ativa desses usuários e dar continuidade as palestras com temas relacionados as doenças mais prevalentes nesta faixa etária. Além disso, almejamos melhorar com apoio da prefeitura e da secretaria de saúde a quantidade de medicamentos na farmácia popular que ainda são insuficientes e finalizar a farmácia da unidade para que os usuários tenham melhor acesso aos medicamentos.

Tomando este projeto como exemplo também pretendemos expandir nossa experiência e conhecimento sobre o desenvolvimento do projeto para que sejam implantado na outra equipe e assim melhorar o atendimento dos usuários idosos, os registros na unidade, permitindo assim uma melhor avaliação e proporcionar um envelhecimento saudável, além de implementar outros programas como saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão e diabetes almejando uma maior saúde para a comunidade que é nosso principal objetivo.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores.

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção à saúde da pessoa idosa, que servirá de modelo para outras ações programáticas na equipe e na unidade assim como poderá servir para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município.

O projeto intitulado *Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa* foi realizado na USF São Francisco na cidade de Codajás no Amazonas com duração de 12 semanas no período compreendido entre abril e junho de 2015.

O objetivo deste documento é relatar aos gestores as ações desenvolvidas durante a realização do projeto. Com base na Análise Situacional, realizada na unidade de saúde, foi discutida com a equipe a situação de cada um dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde. A partir desta análise determinamos encaminhar nosso trabalho a atenção da saúde dos usuários idosos de nossa área de abrangência pelos riscos de morbi-mortalidade e predisposição de apresentar doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus além de suas complicações. Além disso, não existia um trabalho organizado da saúde das pessoas idosas, não tínhamos um arquivo específico para os registro

dos atendimentos aos idosos, existia baixa cobertura e não estava definido um dia específico para o atendimento desses usuários.

Antes de iniciar a intervenção existiam muitos problemas no atendimento das pessoas idosas e além de somente 79% dos usuários estarem cadastrados na unidade de saúde de acordo com a estimativa do tamanho da população residente na área. Além disso, outro problema evidenciado era a baixa qualidade da assistência prestada a esses usuários. O atendimento programado era apenas para os usuários hipertensos e diabéticos. Antes da realização do trabalho os dados estavam desatualizados e muitos usuários idosos não tinham prontuário clínico fato que nos impossibilitava conhecer a população real da unidade. No entanto, ao longo do desenvolvimento da intervenção com a utilização da ficha espelho e o trabalho em equipe conseguimos atualizar os cadastros dos usuários idosos e dar complemento aos objetivos propostos, fornece uma melhor atenção médica a estas pessoas além de fortalecer e melhorar a qualidade de vida desta população em geral. Atualmente temos cadastrados e atendidos 138 usuários idosos que representam 94,5% de cobertura. A **Figura 1** apresenta a evolução mensal do percentual do indicador de cobertura durante o desenvolvimento do trabalho.

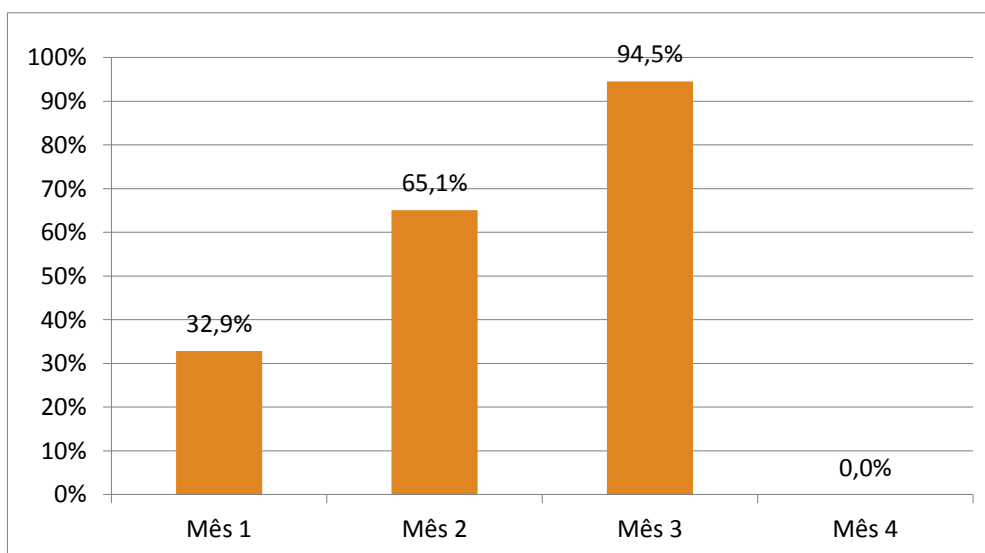


Figura 1: Evolução mensal da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF São Francisco, Codajás, AM.

Durante a intervenção foi garantido em cada consulta o exame clínico integral, avaliação multidimensional rápida, foram indicados os exames laboratoriais, foi realizada a busca ativa a todos os usuários idosos faltosos as consultas, além das

visitas domiciliares aos acamados ou com problemas de locomoção além da avaliação e identificação de pessoas idosas frágeis que moram sozinhas e com necessidade de cuidado no domicílio. Neste período conquistamos uma maior organização no agendamento das consultas, capacitação da equipe, conscientização da comunidade e trabalhadores sobre a importância da saúde do idoso. Fizemos reuniões de equipe, com capacitação dos agentes comunitários e atribuímos funções aos profissionais. Além disso providenciamos recursos materiais para começar a intervenção, como as fichas espelho e a caderneta da pessoa idosa. Desta forma, foi possível organizar o atendimento multiprofissional inclusive com a assistência odontológica. Essas conquistas foram obtidos graças ao trabalho em conjunto da equipe, ajuda dos líderes comunitários e nossos gestores que nos apoiaram fornecendo as fichas espelho, as cadernetas da pessoa idosa, nos aspectos logísticos da intervenção e sobretudo graças ao nosso prefeito que nos garantiu os recursos materiais necessários como os regentes para a realização dos exames complementares, balança de adulto, esfigmomanômetros e glucometros novos. Durante o desenvolvimento desse trabalho foram realizadas um total de 12 palestras na unidade e nas comunidades de cada micro área de cada agente comunitário. Também foram realizadas seis palestras nas escolas que se encontram localizadas em nossa área de abrangência e a cada usuário atendido em consulta foram dadas orientações sobre alimentação saudável, tabagismo, atividade física e higiene bucal.

Temos que destacar que ao longo da intervenção enfrentamos várias dificuldades como a falta da caderneta da pessoa idosa para o total da população alvo, o clima chuvoso e as ruas alagadas que dificultava o acesso dos usuários idosos à unidade, assim como a realização das visitas domiciliares programadas e as buscas ativa usuários faltosos as consultas. Outro problema que dificultou o desenvolvimento do trabalho foi a indisponibilidade dos reagentes para a realização de algum os exames complementares. Além disso, apesar do esforço da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal, os medicamentos da farmácia popular ainda são insuficientes.

A intervenção gerou grande benefício para a comunidade, uma vez que conseguimos oferecer aos usuários idosos um atendimento organizado e com qualidade seguindo os princípios da integralidade. Temos uma maior integração da comunidade nas atividades educativas e maior participação da gestão municipal na

realização de ações de saúde. As ações da intervenção estão incorporadas na rotina do serviço na UBS, pois a equipe se comprometeu em dar continuidade às ações desenvolvidas até o momento, inclusive de continuar os cadastramento para garantir 100% de cobertura da população.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implantar outros programas estabelecidos pelo Ministério de Saúde a rotina do serviço da unidade de saúde como, o programa de pré-natal, hipertensão e diabetes, saúde da criança que já estão implementados, mas podemos qualificar ainda mais a assistência com ajuda da equipe, dos gestores e comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade.

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção à saúde da pessoa idosa.

O projeto intitulado *Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa* foi realizado na USF São Francisco na cidade de Codajás no Amazonas com duração de 12 semanas no período compreendido entre abril e junho de 2015. Este projeto possui uma particularidade importante que é a presença do aluno na UBS para desenvolver intervenção na prática. Deste modo, foi realizado um levantamento de dados referentes à situação da unidade de saúde onde foi identificada a saúde da pessoa idosa como a prioritária na busca de aumento da cobertura e melhorias da assistência à saúde desses usuários. A equipe decidiu trabalhar com atenção a saúde das pessoas idosas, pois a mesma apresentava baixa cobertura de usuários no programa assim como na qualidade da assistência. No começo do projeto tinha somente 79% dos usuários idosos da área de abrangência cadastrados. Ao final das atividades da intervenção foi possível perceber melhorias na qualidade da atenção assim como elevar a cobertura para 94,5%, ou seja, quase todas as pessoas da área de abrangência da equipe, neste momento, estão sendo acompanhadas. No entanto, ainda faltam alguns usuários idosos para cadastrar e atingir 100% de

cobertura no programa e por isso o projeto continua sendo desenvolvido na unidade de saúde.

Esse projeto possibilitou a capacitação da equipe, atualização do cadastro dos usuários idosos da área pertencente à unidade. Foi estabelecido o dia de atendimento à saúde da pessoa idosa nas terças-feiras pela manhã além da definição da função de cada um dos membros da equipe. Foram aproveitados todos os cenários possíveis para explicar sobre a importância do projeto e oferecer orientações sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, higiene bucal, assim como a importância da assistência às consultas planejadas pela equipe para garantir a qualidade no atendimento e modificar estilos de vida.

A intervenção ocorreu de forma bastante satisfatória, melhorando e qualificando os atendimentos realizados o que possibilitou aos usuários melhorias na assistência à saúde assim como um acesso mais rápido aos serviços prestados. Entre os principais benefícios podemos citar a disponibilidade da caderneta da pessoa idosa, a organização do agendamento e atendimento aos usuários, incluindo o atendimento odontológico, a realização dos exames laboratoriais, visitas domiciliares além das atividades educativas com grupos de usuários idosos.

A comunidade foi muito beneficiada pela intervenção, pois praticamente a maioria das famílias possuem usuários idosos que receberam uma assistência mais qualificada ao serem atendidos. Além disso, a população passou a ter conhecimento da existência do Programa da Saúde do Idoso, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de vida além de fazer prevenção de doenças, promoção da saúde e diagnóstico/tratamento precoces no intuito de beneficiar a comunidade de forma geral. Além disso, a intervenção melhorou a capacidade dos profissionais trabalharem em equipe de forma mais organizada, planejada e com monitoramento e avaliação das ações. Enfim, a intervenção poderá servir como base para a implementação da melhoria de outras ações programáticas, tais como saúde da criança, pré-natal e puerpério, diabetes e hipertensão arterial.

A equipe ficou muito satisfeita ao verificar por meio dos comentários de muitos usuários sobre a satisfação dos mesmos em relação a forma de como foram recebidos e atendidos neste programa.

Finalmente, temos que agradecer todo o apoio que recebemos da comunidade e sua participação ativa nas palestras, na divulgação do projeto e sua importância e na contribuição para manter boa saúde ambiental sobretudo neste

período da enchente que fizeram uma recolhida exausta de lixos acumulados pelas águas pra evitar doenças infecciosas que ao início apresentamos com muita frequência. Posso afirmar que as ações feitas na intervenção estão incorporadas na rotina do serviço de forma que a comunidade tem acesso às atividades propostas e realizadas durante a intervenção. Portanto, podemos concluir que a intervenção proporcionou à comunidade melhoria na qualidade da assistência à saúde pela equipe multiprofissional e na organização do atendimento da pessoa idosa. Faremos na primeira quinta-feira de cada mês, após as visitas domiciliares planejadas, palestras com a participação da comunidade na unidade de saúde, escolas e igrejas de nossa área de abrangência.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas iniciais ao começar a especialização Saúde da Família da UNASUS/UFPEL era adquirir conhecimentos sobre a Saúde da Família e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil além de habilidades para colocar em prática as ações programáticas e poder fazer melhor o nosso trabalho de cada dia. Deste modo, tinha o intuito de realizar melhores atendimentos às grávidas, às crianças, aos idosos e a toda a população. Além disso, tinha o objetivo de conhecer sobre as doenças mais frequentes no país como as infecciosas que existem aqui mas, não em nosso país e assim possibilitar fazer diagnósticos mais precoces e tratamentos adequados e atualizados. Ainda almejava conhecer de forma mais aprofundada todos os programas do SUS, buscando cumprir os seus princípios e suas diretrizes. Além disso, ajudar a população na melhoria da saúde, melhorar os indicadores e aprofundar meus conhecimentos nos aspectos clínicos mais típicos do Brasil, seguindo os protocolos ministeriais de saúde.

Durante todo o processo foi muito interessante as novas experiências adquiridas e posso afirmar que minhas expectativas foram alcançadas, pois tive a oportunidade de conhecer o funcionamento do SUS, e assim colaborar na melhoria da assistência à saúde da população. Foi um desafio mas, para vencê-lo, tive que enfrentar muitas dificuldades com o idioma, internet muito lenta e ruim no interior do Amazonas, que muitas vezes, causou o atraso no envio das tarefas do curso.

Para mim é uma experiência única haver tido a oportunidade de fazer um curso a distância, num país diferente com um idioma diferente mas, este curso trouxe muitas experiências positivas, porque também foi muito importante para a equipe de saúde na UBS onde trabalho. Ficamos mais unidos e com o objetivo de

melhorar assistência médica de nossa população com atendimentos sistemáticos e com qualidade.

Portanto, constato que o curso, a participação no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) facilitou minha adaptação ao país, pois estimulou o aprendizado do idioma português e, principalmente, as ferramentas para ampliar os conhecimentos necessários para estabelecer vários benefícios ao serviço, favorecendo a conquista de todos os resultados e indicadores de saúde durante a intervenção. Conquistamos um processo de trabalho mais organizado que proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários idosos, a melhoria dos registros e da qualificação profissional por meio da capacitação da equipe com temas relacionados com a saúde da pessoa idosa cujas ações estão implantadas na rotina do serviço.

Referências

BRASIL. Ministério de saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BECKER, A. B. F; SANTOS, F. S; PEREIRA, K. C. R. A visão sistêmica da odontogeriatria. *Jornal de Assessoria ao Odontologista*, ano V, n. 33, p. 42-43, set/out. 2002.

BRASIL. Lei nº 8.842-94, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Seção I, p. 77.

. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, D.F, 2004. p.14.

. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 1. ed. 2. reim. Brasília, DF, 2003. p. 13.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, v. 21, p. 68-73, dez. 2000.

. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003: resultados principais. Brasília, D.F, 2004. p. 16.

. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05/out/1988. Brasília, D.F, 2006. p. 33.

BRONDANI, M. A. Educação Preventiva em Odontogeriatrics - mais do que uma necessidade, uma realidade. Revista Odonto Ciência, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 57-61, jan/mar. 2002.

COELHO FILHO, J. M.; ARAGÃO, J. M. G. A. Atenção ao idoso no PSF. SANARE, Sobral, v. 3, n. 1, p. 69-71, jan./mar. 2002.

COLUSSI, C. F; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set/out. 2002.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Portapapeles | Fuente | Alineación | Número | Estilos | Celdas | Modificar

E9 | X | ✓ | f | 138

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Digite apenas nas células em VERDE.							
2								
3								
4	Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área				146			
5								Considere apenas os idosos residentes na área cadastramento do SIAB ou, se não puder obter
6								
7								
8					Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
9	Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso				48	95	138	
10								Considere apenas os idosos que frequentam o Programa / fichas especiais instaladas em sua unidade de saúde. Você pode localizar

... | Orientações | **Dados da UBS** | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | +

E9 | X | ✓ | f | 138

	A	B	C	D	E	F	G	H
11								
12								
13								
14					Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
15	Número total de idosos residentes na área que estão acamados				6	10	10	
16								Digite aqui o número de idosos que estão acamados em sua realidade. Se não tiver, digite zero (0) abaixo, na célula C25.
17								
18	*Estimativa de idosos no território							
19	População total				3067			
20								Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade (se não tiver dados reais, utilize o número estimado) para o cálculo dos indicadores.
21	Estimativa de idosos (10% da população total)				307			
22								Este seria o número total estimado de idosos residentes no território de acordo com a população total.

... | Orientações | **Dados da UBS** | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | +

E9 | X | ✓ | f | 138

	A	B	C	D	E	F	G	H
23								
24	Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)				25			
25								Este seria o número estimado de idosos residentes no território de acordo com a população total de idosos. Ele será utilizado para o cálculo dos indicadores.
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								

... | Orientações | **Dados da UBS** | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | +

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

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

Assinatura do declarante