

**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 UBS/ESF N-31,
Bairro Novo Israel, Manaus/AM**

Isabel Rodriguez Rodriguez

Pelotas, 2015

Isabel Rodriguez Rodriguez

**Melhoria do Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/ESF N-31,
Bairro Novo Israel, Manaus/AM**

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

Orientador: Gabriela Studzinski

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Isabel Rodriguez

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF N-31, Bairro Novo Israel, Manaus/AM / Isabel Rodriguez Rodriguez; Gabriela Studzinski, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Studzinski, Gabriela, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À todos os professores que me ajudaram para o desenvolvimento profissional para conclusão do trabalho.

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos para todas as pessoas que direta e indiretamente doaram um pouco de si para a conclusão do trabalho.

A minha orientadora Dra: Gabriela Stdzinski por toda sua dedicação e paciência, orientação durante todo o curso.

A minha equipe de trabalho por sua dedicação e compreensão.

A minha família que longe aguarda meu regresso com o dever cumprido.

A meu esposo por apoio incondicional ante qualquer adversidade

Resumo

RODRIGUEZ, Rodriguez Isabel, **Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS/ESF N-31, bairro Novo Israel, Manaus/AM**. 2015. 78 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosa as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. As pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais que expõe ao perigo a qualidade de vida dos idosos. O Brasil é um país que está envelhecendo, então pensando em contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor qualidade de vida em nossa comunidade, este foi o foco escolhido em conjunto com toda equipe, após a realização da análise situacional e identificação de fragilidades na atenção a saúde de nossos idosos. Realizamos um projeto de intervenção, com objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS N-31, Bairro Novo Israel, Município Manaus. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas no período de abril a maio dos 2015. Durante a intervenção aumentamos a cobertura dos idosos, melhoramos os registros, realizamos mapeamento dos idosos da área, realizamos atividades de educação em saúde, organizamos um arquivo específico, realizamos visitas domiciliares, busca ativa e organizamos a agenda do serviço. Conseguimos cadastrar e acompanhar um total de 249 idosos de 260 residentes na área de abrangência ou 95,8%. Os resultados alcançados foram animadores, 100 % dos idosos cadastrados tem avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia, todos idosos acamados foram cadastrados e acompanhados em domicílio, todos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta 96% tiveram avaliação da necessidade do tratamento odontológico e primeira consulta odontológica, 100% tem seus registros em dia, caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação de rede social e indicadores de fragilização na velhice, assim como receberam orientações sobre promoção de saúde. Tudo foi possível devido a participação ativa da equipe mediante capacitação e colaboração da comunidade, o que permitiu melhor organização e qualidade no atendimento. Com esta intervenção conseguimos a incorporação das atividades a rotina deste serviço. Continuaremos trabalhando com o cadastramento e avaliação de cada pessoa idosa que resida em nossa área

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Prevenção; Promoção.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia Frente da UBS.....	10
Figura 2	Fotografia Consultório Médico.....	11
Figura 3	Fotografia Consultório Odontológico.....	11
Figura 4	Fotografia Recepção.....	11
Figura 5	Fotografia Arquivos.....	12
Figura 6	Fotografia Farmácia.....	13
Figura 7	Fotografia Reunião da Equipe/Capacitação.....	43
Figura 8	Atividade em grupo	44
Figura 9	Fotografia Visita Domiciliar.....	45
Figura 10	Fotografia Comemoração de Aniversário.....	47
Figura 11	Gráfico Evolução mensal cobertura do programa de saúde do idoso.....	49
Figura 12	Gráfico Evolução mensal proporção de idosos com exame clínico apropriado.....	51
Figura 13	Gráfico Evolução mensal proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.....	52
Figura 14	Gráfico Evolução mensal proporção de idosos acamados.....	52
Figura 15	Gráfico Evolução mensal proporção de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm hg para Diabetes Mellitus (DM).....	54
Figura 16	Gráfico Evolução mensal idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	55
Figura 17	Gráfico Evolução mensal Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	55
Figura 18	Gráfico Evolução mensal cobertura do programa de saúde do idoso.....	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAIC	Centro de Atendimento de Integração da Criança
CAM	Câncer de Mama
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
DM	Diabete Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
Fig	Figura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo de Útero
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento,
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão.....	60
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	63
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	69
Apêndices.....	70
Anexos	73

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos da Unidade de N-31 do município Manaus/AM. . O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado”. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4 com os relatórios da intervenção para gestores e comunidade, pode-se observar os apêndices ao final do trabalho. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou alocada na zona norte de Manaus capital da Amazônia na periferia da cidade, na UBS N-31, bairro Novo Israel. Minha equipe é composta por uma enfermeira, uma médica, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista, unidos para realizar promoção e prevenção em saúde. Toda a unidade está climatizada, tem sala de espera com poucas cadeiras, um consultório de enfermagem, médica, odontológica, dois banheiros, sala de vacina, curativos, nebulização e cozinha de fácil acesso por todas profissionais são supervisionadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de nosso distrito, que fazem capacitações para que toda a informação flua normal.

Trabalhamos com um programa de agendamentos muito organizado, além de disponibilizarmos vagas de livre demanda para algum usuário que precise de atendimento diário, realizamos acompanhamento de puérperas, crianças, grávidas, idosos, hipertensos, diabéticos, além de outras doenças crônicas. Em minhas visitas domiciliares e atendimentos clínicos observo que os números de alguns grupos coincidem com a realidade que estimada para o país. Trabalhamos fortemente para que a população conheça os fatores de risco que desencadeiam as doenças e possa mudar os estilos de vida. Gostaria que melhorasse minha internet para poder acessar ao curso com mais facilidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Manaus, capital da Amazônia, que tem uma população estimada de 2.020301 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). Conta com 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 5 UBS ampliadas, 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 144 UBS Estratégia Saúde Da Família (ESF), 17 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com atenção especializada por uma rede de hospitais representados por 5 maternidades, um Centro de Fisioterapia, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, e disponibilidade de exames complementares com um laboratório por cada distrito em um total de 4, um laboratório citopatológico, também 19 UBS em zonas rurais, nosso município tem um bom vínculo com o SUS, pois os usuários possuem o cartão SUS, e são atendidos em qualquer instituição, com agendamento para consultas, exames complementares, acompanhamentos a outras especialidades. A cidade tem um polo industrial muito desenvolvido, com o maior porto fluvial do mundo, além disso, um grande desenvolvimento na indústria eletrônica onde está instalada a PHILCO.

A UBS onde estou alocada chama-se UBS N-31 e está localizada no Bairro Novo Israel, e segue o modelo de assistência da ESF, encontra-se na periferia, mas ainda na área urbana da cidade. Não tem vínculo com as instituições de ensino. Em relação à equipe, está completa, composta pela enfermeira, médico, duas técnicas de enfermagem odontólogo e seu auxiliar e 7 ACS. Atendemos uma população estimada de 3796 pessoas, que estão divididas em 7 microáreas. Esta população apresenta baixo nível cultural, porque abandonam os estudos antes de completar o ensino médio, e começam a trabalhar, adquirem vícios, e migram facilmente para o interior da Amazônia, estando expostos a riscos e vulnerabilidade, como exemplo a malária, que corresponde em até 99% dos casos da doença no país.



Figura 1: Frente da UBS

A unidade conta com três consultórios, um para a enfermeira, outro para a médica e um consultório odontológico, sala de vacinas, farmácia onde trabalha também o pessoal administrativo (para otimizar o espaço), dois banheiros sociais (um para trabalhadores da instituição e outro para os usuários), uma cozinha pequena, recepção, sala de curativos e sala de nebulização.

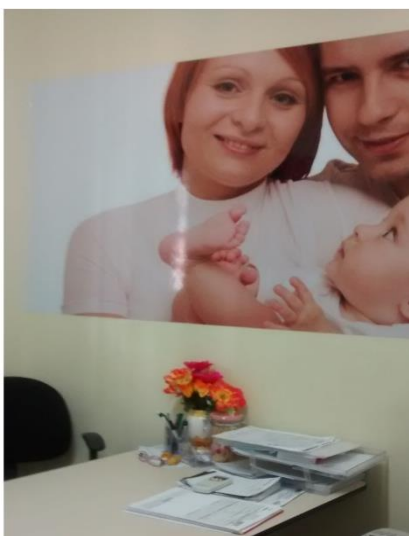


Figura 2: Consultório médico

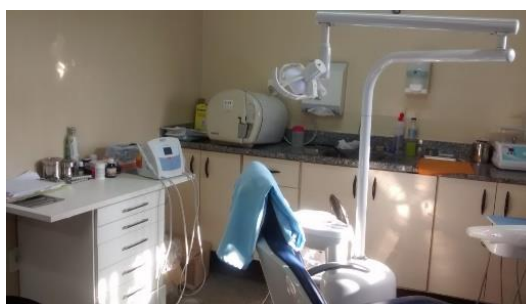


Figura 3: Consultório odontológico

Com as análises e reflexões, posso dizer que em minha unidade não se cumprem alguns aspectos referentes à estrutura física e organização, dificultando o trabalho da equipe e a permanência dos usuários nas instalações. Aspectos que dependem da atuação dos órgãos governamentais, como a coleta do lixo diariamente e um depósito para o lixo sólido, que são potencialmente infectantes, ou para os resíduos químicos comuns, perfuro-cortante e outros. Nossa recepção é pequena com apenas seis cadeiras, além dos usuários para o médico, há usuários que aguardam para o dentista e consulta de enfermagem, necessitaríamos de um espaço maior para melhor acomodar todos usuários.



Figura 4: recepção

Outro problema enfrentado é o exemplo do consultório de ginecologia que não possui banheiro, dessa forma, as mulheres trocam sua roupa frente ao médico, (muitas delas comentam esse problema, sentem-se contragidas), o consultório do médico também não possui banheiro, às vezes passamos horas sem poder sair pelo fluxo de atendimentos. Mas, contudo, as barreiras arquitetônicas não impedem o acesso dos usuários deficientes ao posto de saúde, bem como, cadeirantes, idosos, grávidas, e todas as cadeiras de rodas que a unidade possui se encontram em bom estado. Mesmo com espaço reduzido e várias falhas na arquitetura penso que meu trabalho não depende disso, buscamos trabalhar de forma que atenda às necessidades mínimas da população, lembrando que quando se quer fazer prevenção e promoção de saúde fazemos na rua, em casa, no ônibus, embaixo de árvores. A estrutura é confortável, pequena, com áreas onde podemos realizar nossas atividades tanto as preventivas, como as curativas, educativas, temos computadores disponíveis, apesar da internet ser muito ruim e não conseguirmos por vezes repassar informações, ou documentos importantes, etc. Há disponibilidade de instrumental e equipamentos, que são calibrados, repostos com boa periodicidade, contamos com um consultório odontológico muito bem equipado e com profissionais qualificados. Criamos um



Figura 5:
Arquivos

espaço para o acondicionamento dos registros com vários arquivos.

Os ACS não dispõem de meios de locomoção para o deslocamento na área de abrangência da UBS, enfrentamos problemas com o abastecimento de medicamentos, não há disponibilidade de alguns de primeira linha e aqueles que temos são insuficientes para toda a população, não há materiais para as suturas, assim não podemos dar solução na unidade em casos simples. Também não realizamos os testes rápido para várias doenças (como hepatite, sífilis, AIDS). Não temos laboratório, mas a unidade conta com equipe capacitada para fazer coletas. Não contamos com especialidade de nível

secundário, os usuários são agendados pela central de agendamento através da UBS, assim a UBS não está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) porque não temos uma sala de curativos, esses procedimentos são executados

na sala de triagem, por não ter banheiros nos consultórios e o administrativo divide o espaço da farmácia. Além disso, não existe depósito de lixo sólido fechado fora da unidade, a sala de espera não satisfaz as necessidades da população.



Figura 6: Farmácia

A respeito das atribuições dos profissionais, todos são comprometidos com suas funções e buscam a qualidade no atendimento. Com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, a equipe trabalha no planejamento de todas as ações da comunidade, através de reuniões semanais, onde se discutem temas relacionados a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e outros. Também analisamos o cadastramento das famílias, a busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, conversamos sobre as possibilidades para os cuidados domiciliares e da população que não consegue chegar à unidade. Das reuniões e atividades participam o médico, o odontólogo e seu auxiliar, as ACS, técnico de endemias, a enfermeira, que participa também da gerência dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade. Estamos trabalhando para que além de promoção e prevenção de saúde possamos resolver algumas situações na UBS, referentes à atenção básica, como exemplo, realização de sutura por falta de material, e temos que encaminhar aos prontos socorros, sobrecarregando o sistema.

Sobre a população da área adstrita, a equipe está realizando cadastramento e atualização da população, ainda não é possível ter dados fiéis porque o processo não terminou, mas tenho dados aproximados. A distribuição da população por sexo e faixa etária, está próximo da estimada no Brasil. O número mais fiel que temos é a respeito das gestantes, em minha área é perto de 1.7% da população, que corresponde a 59 gestantes acompanhadas no serviço. Um fato preocupante é que muitas dessas gestantes são adolescentes, buscamos em cada atendimento feito a

elas seguir o Protocolo de Atenção Básica Atenção Ao Pré Natal de Baixo Risco. Buscamos discutir esses dados em cada encontro de equipe, para criar estratégias de intervenção e educação para o seguimento e planejamento familiar das adolescentes. Crianças menores de 1 ano somam 62 em nossa área de abrangência e em acompanhamento pelo serviço, mas é estimado que exista 82 crianças. É estimado que em nossa área exista 1301 mulheres em idade fértil, 841 mulheres entre 25 e 64 anos, 196 entre 50 e 69 anos, 241 pessoas com mais de 60 anos, 707 pessoas com mais de 20 anos hipertensos e 202 diabéticos.

A demanda espontânea não é motivo de problemas, damos conta da mesma. O sistema de atendimento na UBS é por agendamento de consultas. Mas atendemos casos de urgência/emergência, logo após a escuta do usuário e caracterização deste, realiza-se consultas no dia de imediato/prioritário, os que podem esperar são agendados e sempre tentamos solucionar o problema do usuário na UBS, sempre encontramos casos que requerem desta demanda mais não enfrentamos muitos casos de demanda espontânea. O acolhimento no nosso serviço é feito por todos profissionais e em todos os turnos. Levando em conta que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, é uma ação de aproximação, de estar perto, e estar em relação com algo ou alguém, e deve adaptar-se à realidade de cada profissional da UBS, sendo uma ferramenta muito importante para atender e escutar todos os que chegam e precisam ser avaliados e estratificados para o correto atendimento.

Minha UBS se encontra perto de um Centro de Atendimento Integral à Criança (CAIC), o que dificulta o trabalho com esta ação programática. Para tentar contornar isto, as ACS visitam crianças em suas casas, realizando busca ativa, já que as mesmas não assistem as consultas programadas como está disposto no Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança do Ministério de Saúde (protocolo por o qual avaliamos este grupo etário). Ao preencher o Caderno de Ações Programáticas (CAP) é estimado que existissem 84 crianças menores de um ano, mas acompanhamos 62, tendo 74% de cobertura na área, com um esforço da equipe é possível melhorar o indicador de cobertura. Para os indicadores de qualidade desta ação programática também enfrentamos dificuldades, como exemplo, para as consultas de acordo com o protocolo temos 21 crianças ou 34%, atraso das consultas em mais de 7 dias temos 44 crianças ou 66%, primeira consulta antes dos 7 dias 32 crianças ou 52%, teste do pezinho 52 crianças ou 84%, vacinas em dia 48 crianças ou 77%, avaliação para

saúde bucal 49 crianças ou 79%, monitoramento do peso e avaliação, teste auditivo 100%. A equipe está trabalhando para o resgate e aprimoramento desta ação programática, muitas crianças consultavam no CAIC pela ausência de médico na unidade, mas as famílias estão sendo informadas que agora existe atendimento médico. Outras atividades são desenvolvidas para as crianças na UBS, como a prevenção de anemias e de acidentes, promoção do aleitamento materno, dicas de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento da criança, utilizamos a caderneta da criança para o monitoramento e avaliação das ações, e seus dados são registrados no SISVAN.

A respeito do pré-natal e puerpério, trabalhamos com o objetivo de prevenir a mortalidade e morbidade para a mãe e o filho, através de atividades desenvolvidas na unidade como promoção da saúde, prevenção de doenças bem como o diagnóstico precoce. Os denominadores presentes no CAP referentes ao pré-natal e puerpério não apresentam problemas no serviço. O número de gestantes na área de abrangência se aproxima muito do estimado. Acompanhamos 59 gestantes e o CAP estima 59.64. Gerando um indicador de cobertura de 99% para nossa área. Para os indicadores de qualidade temos: Início do pré-natal no primeiro trimestre 49 gestantes ou 83%. Consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da saúde, solicitação na primeira consulta dos exames o total de 59 gestantes ou 100%. Vacinas contra hepatite B conforme protocolo 48 gestantes ou 81%, todos os indicadores restantes, Vacinas antitetânicas, prescrição de suplemento de ferro, exame ginecológico em cada trimestre, orientações para aleitamento materno exclusivo, avaliação saúde bucal, temos 100% de cobertura. Enquanto a captação das gestantes no primeiro trimestre foi difícil por ausência de médicos, mas no momento, buscamos desde a primeira consulta dar orientação sobre saúde bucal, alimentação, vacinas (alguns casos não conseguimos ofertar todas as doses porque começam muito tarde o pré-natal), buscamos promover a educação para a saúde, classificar essas mulheres e garantir a atenção ao esquema de baixo e alto risco, solicitação dos testes de laboratórios, e o preenchimento da carteira da gestante. Também oferecemos o suplemento de ferro, promovemos a amamentação e outros cuidados. Uma dificuldade encontrada nessa ação programática é a perda de segmento de mulheres que após o parto vão morar fora da área sem deixar o endereço e não voltam ao serviço. Outro problema que é vivenciado é a respeito de gestantes referenciadas para outros serviços em casos de emergência, mas retornam para a área sem tratamento,

necessitando a hospitalização, mas por falta de leitos retornam a UBS. Nas atividades ao grupo de gestantes há envolvimento de todos profissionais da equipe, e os profissionais estão treinados para oferecer atenção em qualquer turno de trabalho. A forma de registro dessa ação é confiável e os arquivos são revisados e monitorados periodicamente pela equipe que atualiza os dados do SISPRENATAL.

No Brasil existem altas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico, e devido a isso, na UBS tratamos de priorizar as ações de saúde para diminuir a incidência deste câncer que junto ao câncer de mama leva a morte muitas mulheres em idades precoces. Em relação à prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) temos um registro atualizado pela enfermeira junto às técnicas de enfermagem, olhando o CAP junto com os dados registrados na unidade temos uma cobertura de 98%, o caderno estima 841 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhamos 824. Os indicadores de qualidade apresentam alguns problemas e encontram-se da seguinte maneira: Exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia 356 mulheres ou 43%, citopatológicos com mais de 6 meses de atraso 56 mulheres ou 7%, exames citopatológicos alterados um total de 5 ou 2%, avaliação de risco para câncer de colo de útero 384 ou 47%, orientação sobre prevenção de PPCU 412 ou 50%, orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) 412 ou 50%, exames coletados com amostras satisfatória 356 ou 43%, exames coletados com células representativas da junção escamo lunar 23 ou 3%. Após esta revisão que foi realizada com muito trabalho, foi verificado que é preciso mais esforços para melhorar os indicadores desta ação programática, necessitamos envolvimento de toda equipe e as ações preventivas e educativas devem ser estimuladas. Uma das dificuldades encontradas com esse grupo é que muitas mulheres não retornam para buscar os resultados de seus exames, ficando por conta da equipe o resgate, as ACS agora são responsáveis por agendar a consulta e avisar quando os resultados estão prontos, desta forma aproveitamos para outras ações de saúde que seja pertinente, por exemplo, na última coleta para preventivo minha enfermeira realizou uma palestra sobre o tema, e conversou com as mulheres sobre a importância da busca destes resultados e retorno a consulta médica. Nas reuniões da equipe cada ACS leva a relação de mulheres e os casos positivos que serão encaminhados para especialistas.

Para o preenchimento da outra parte do caderno trabalhamos muito para coletar os dados, já que em minha unidade não existe registro atualizado em relação ao controle do câncer de mama (CAM), outra dificuldade enfrentada é o fato que as

mulheres acreditam como única prevenção à realização da mamografia, não sabem como realizar um autoexame de mama, e a maior parte delas não são examinadas por médico ou enfermeira. No nosso serviço utilizamos protocolos do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama. Temos na área 95% de cobertura para essa ação programática, o CAP estima o total de 196 mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade e acompanhamos 187. Para os indicadores de qualidade temos os seguintes números: mamografias em dia 104 ou 56%, mamografias com mais de três meses de atraso 23 ou 12%, avaliação de risco para câncer de mama 114 ou 61%, orientação sobre prevenção do câncer de mama 114 ou 61%. Os dados foram buscados em prontuários e visitas das ACS. A cobertura de 95% é aceitável, mas os poucos indicadores de qualidade do controle do câncer de mama não falam a favor de um bom trabalho realizado nesta unidade tempo atrás, há aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados, para que o programa tenha êxitos, como ensinar autoexame das mamas a toda mulher que chegue a consulta, ou que seja visitada, podendo ser ensinado em grupos, individual, através de leituras para as mulheres de maior nível cultural. Para não perdermos o seguimento de casos alterados, criamos um novo registro com todos os dados dos casos de maneira que fiquem localizáveis de forma rápida e fácil, dando acompanhamento também na UBS e recordando a data da próxima consulta, isto será possível porque não temos muitos casos positivos o que facilita o controle, falta muitas vezes atualizar os dados do SISCOLO E SISMAMA, encontramos aqui outro ponto em que é necessário fortalecer as ações para melhorar a oferta deste serviço.

Melhorar a organização do atendimento para os problemas de saúde Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), é essencial devido as complicações causadas por essas doenças. Sabemos que a HAS é uma condição muito prevalente que leva a mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, e outras complicações. Nosso trabalho na unidade com organização para essa ação programática começou com a minha chegada, e a forma de registro não permitiu o preenchimento do CAP com muita exatidão, os registros não estavam atualizados, a busca dos dados foi através de prontuários clínicos, informações das ACS e outros profissionais. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, não condiz com a realidade, porque muitas pessoas com índice alto de pressão arterial, sem diagnóstico fechado da patologia, não procuram o serviço, devido há vários fatores dentre um deles à falta de informação

e jornada de trabalho (que não condiz com horário de funcionamento da UBS), além disso, não realizamos uma pesquisa correta na área em busca dos novos casos. Há pouco começamos busca ativa durante as visitas domiciliares, e atendimentos nos programas saúde do homem, saúde da mulher. A cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área é de 61%, a estimativa para área de abrangência é de 707 hipertensos, mas acompanhamos 429. De igual forma os poucos indicadores da qualidade da atenção a HAS avaliados não se comportam de maneira satisfatória, como exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 321 ou 75%, atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 158 ou 37%, exames complementares periódicos em dia 371 ou 86%, orientação sobre práticas de atividades física regulares e orientações nutricionais 371 ou 86%, avaliação de saúde bucal em dia 216 ou 50%.

A diabetes Mellitus é outra doença que leva a complicações cardiovasculares, renais, visuais, sistema nervoso central e periférico, podendo causar sequelas no indivíduo. Nossa educação sanitária como base na pirâmide de atenção médica, deve promover orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, conhecer os antecedentes familiares. Em minha área temos uma cobertura do programa de atenção ao diabético de 51%. A estimativa do CAP prevê 202 diabéticos na área, mas acompanhamos 104, não foi fácil preencher os dados no caderno, os dados não estão atualizados. Para contornar os problemas enfrentados, necessitamos intensificar a pesquisa na área para rastrear possíveis diabéticos entre a população de mais de 20 anos. Os indicadores da qualidade da atenção a DM avaliados também são baixos e se comportam da seguinte maneira: avaliação de saúde bucal em dia 38 ou 37%, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 53 ou 51%, atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 42 ou 40%. Com o trabalho diário devemos rastrear adultos com pressão arterial em média de 120-10 x 80-60 ou com antecedentes familiares e com fatores de risco. A prevalência da diabetes Mellitus tipo II está aumentando e aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem a doença, por isso a importância do rastreamento independente de obesos, ter história familiar ou da faixa etária. A equipe deve traçar metas, organizar os registros, realizar mais atividades em grupo, busca ativa de casos novos com o rastreamento adequado a toda a população. Também é importante a orientação de alimentação saudável, prática de exercícios físicos e tratamento correto das indicações médicas, considerando que uma grande parte da população tem culturas diferentes. O trabalho

deve ser intensificado e sistemático.

Estudos demonstram que para o ano de 2050 no Brasil, bem como em todo o mundo, que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. Com o trabalho das equipes da Atenção Básica / Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos para atuação nas dimensões cultural e social. Na área onde trabalho, que ainda não está organizada para essa ação programática, precisamos realizar o cadastramento da população, e atualizar os registros. Trabalhamos de acordo com protocolo do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa). Os atendimentos são realizados em um dia da semana em dois turnos. A cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área é igual a 84%, comparado com o que é estimado pelo CAP, que prevê a existência de 241 pessoas com mais de 60 anos na área de abrangência, mas acompanhamos 202. Os poucos indicadores da qualidade da atenção do idoso recolhidos são os seguintes: Caderneta de saúde da pessoa idosa 134 ou 66%, realização de avaliação multidimensional rápida 121 ou 60%, acompanhamento em dia 113 ou 56%, outros indicadores como avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividades físicas regulares, são de 121 ou 60%, hipertensos 173 ou 86%, avaliação de saúde bucal em dia 94 ou 47%. Na consulta os usuários recebem orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, acidentes dentro e fora da casa, saúde bucal. Temos muito que trabalhar com a saúde bucal porque os usuários são orientados, agendados e não assistem a consulta para avaliação pelo odontólogo. Poderiam ser melhorados os indicadores de cobertura e qualidade com o trabalho de toda equipe, para isso, necessitamos criar um registro com informações atualizadas, podemos revisar os faltosos as consultas. Também seria interessante disponibilizar apoio psicológico ao idoso que necessite. Gosto bastante de trabalhar com esse grupo, tenho orientado a equipe para que ofereça uma atenção de excelência ao idoso, com muita escuta, amor e cuidados.

Após o preenchimento dos questionários e caderno das ações programáticas pude perceber as dificuldades de minha unidade, até agora julgava que o trabalho andava bem, o curso me ajudou a melhorar o atendimento, acolhimento, realizar avaliações de riscos que passavam despercebidas, grupos como idosos, prevenção

de câncer de colo de útero, que não possuíam registros para monitoramento, crianças que não assistem as consultas programadas, falta de ações de prevenção que podem ser realizadas, atenção à saúde bucal, que devemos melhorar em alguns grupos. Como um exemplo, com este estudo, começamos a criação de arquivos e registros com muita organização que nos permitem, rapidez no trabalho e sobre tudo verificar frequentemente dúvidas, garantir que não existam atrasos em exames, consultas, ações preventivas, vacinas.

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

Hoje fazendo uma comparação entre o texto inicial e este relatório, quando respondíamos essa pergunta, não havia ideia de todo o encontrado e com o desenvolvimento compreendemos que temos muitos aspectos por mudar, hábitos, costumes, modo de trabalho, estilos de vida que levem a uma vida mais saudável e que as doenças sejam compensadas, para isso mudanças, gerando satisfação no trabalho realizado e alcançando qualidade de vida para todas as pessoas, avaliando o trabalho feito ainda não estou satisfeita, mais logramos mudar estilos de vida de muitos usuários, também o uso de medicamentos inessários, e sobre todo a pratica de exercícios físicos.

O curso tem sido uma ferramenta muito importante para refletir, conhecer fatores que temos a modificar, mesmo com todas as dificuldades sou capaz de levar uma boa atenção médica, com qualidade merecida por este povo, mas há necessidade da colaboração dos órgãos governamentais responsáveis, como o exemplo da coleta do lixo. Por fim concordo que as ESF estão capacitadas para resolver os problemas de saúde da comunidade, portanto é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso e as equipes de saúdes, devem dispor de instalações adequadas e em número suficiente, para manter atualizado os cadastros das famílias e os individuais, definir corretamente a situação de saúde considerando as características demográficas, epidemiológicas do território,

promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais buscando parceria e integrando projetos sociais e setores afins além de estimular a participação da comunidade ao controle social.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Saúde do Idoso é um tema de extrema relevância para a população, pois a expectativa para o Brasil para o ano de 2050, assim como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças e adolescentes (abaixo de 15 anos), fenômeno esse nunca antes observado. Este grupo da população por muito tempo é discriminado e esquecido, levando ao isolamento social dos idosos (CAMACHO, 2010).

Escolhemos trabalhar com a saúde do idoso pensando em contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor qualidade de vida em nossa comunidade. Em relação a nossa unidade básica não dispomos de estrutura física que permita o fácil acesso de toda a população, nem cadeiras de rodas para o uso dos idosos, grávidas, deficientes etc. A recepção é pequena para abrigar todas as pessoas que aguardam para as diferentes consultas (médica, enfermagem e odontológica), nossa equipe é composta por uma enfermeira, uma médica, uma dentista e sua técnica em saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, um técnico em endemias, recepcionista, sete ACS, um funcionário administrativo, um para serviços gerais. Trabalhamos com uma população estimada de 3976 pessoas, aqui chamo muito atenção para as condições de vida de muitos idosos, descompensados, isolados, com deficiente saúde bucal, falta de gestão para resolver seus problemas, e a equipe não mostrava os interesses necessários com esse grupo.

Com o cadastramento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) temos atualmente 204 idosos na área adstrita atendida pela unidade. Os poucos

indicadores de qualidade da atenção do idoso referentes ao serviço são os seguintes: Caderneta de saúde da pessoa idosa = 134 ou 66%, realização de avaliação multidimensional rápida = 121 ou 60%, acompanhamento em dia = 113 ou 56%, hipertensos = 173 ou 86%, avaliação de saúde bucal em dia = 94 ou 47%. Outros indicadores como avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividades físicas regulares, são iguais a 121 ou 60%. Já estamos desenvolvendo ações de promoção em saúde que antes não eram prioritárias no serviço, como exemplo, pode citar que equipe se organizou para manter registros atualizados, os idosos agendados não costumam faltar as consultas, são acompanhados em seus domicílios, é explicado sobre a importância do controle estável pelo médico e toda a equipe de saúde, são realizadas palestras sobre alimentação saudável, exercícios físicos, automedicação (sobre sua importância e o cuidado que devem ter com suas medicações) etc. Essas são algumas ferramentas importantes que levam a resultados relevantes e que podem mudar estilos de vida.

A intervenção será de grande importância no contexto e funcionamento da UBS, pois como já mencionado, anteriormente a equipe não estava tão motivada para o atendimento deste grupo e os indicadores de cobertura e qualidade podem ser melhorados com o envolvimento da equipe e com o auxílio das ações propostas pelo curso. Enfrentamos algumas limitações no início para o desenvolvimento do trabalho como a necessidade de total capacitação das ACS (para o preenchimento correto e completo de todos os dados e registros, cadernetas, em cadastrar os idosos com problemas de locomoção). Entre os aspectos que viabilizam a intervenção estão a disponibilidade de recursos necessários para a realização da avaliação multidimensional rápida, o interesse da equipe em trabalhar fortemente e com satisfação nesta ação programática, por isso o resultado da intervenção será a melhoria da atenção à saúde da população alvo e espero que seja um exemplo de trabalho, que possa contribuir para mudar hábitos, costumes, estilos de vida garantindo uma velhice confortável e saudável a comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS N-31, Bairro Novo Israel, Município Manaus, Estado Amazonas.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas relativas ao 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 de saúde da unidade para 100%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

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

Metas relacionadas ao Objetivo 6 - Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas (de abril à maio de 2015) na Unidade de Saúde da Família N-31, no Município de Manaus/AM. Participarão da intervenção todos idosos residentes na área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançar os objetivos propostos nessa intervenção as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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 de saúde da unidade para 100%

Para alcançar o objetivo 1, ou seja, **ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**, no eixo **monitoramento e avaliação** uma vez por mês, a enfermeira revisará os registros dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, para atingir 100% da cobertura.

No eixo **Organização e gestão do serviço** para o acolhimento dos idosos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica ou de enfermagem ou odontologia, de acordo com as necessidades individuais (quatro consultas agendadas por dia). O cadastramento dos idosos será realizado quando o idoso vir a consulta na UBS e o cadastramento dos dados no SIAB será realizados pela médica e enfermeira (semanalmente).

No eixo **engajamento público** a equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, também comunicaremos através de visitas domiciliares, encontros com a população. Tudo isso será realizado durante as consultas seja com qual for o profissional da unidade, nas reuniões de grupo e em conversar durante as visitas.

Para a **Qualificação da prática clínica** é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, comunidade e gestão. Será

realizada uma capacitação pelo médico, e enfermeira de como realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento e sobre acolhimento. Será prevista para antes do início da intervenção, nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

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

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para alcançar o objetivo 2, ou seja, **Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**, no eixo **monitoramento e avaliação** o monitoramento dos registros da realização da Avaliação Multidimensional Rápida será realizado pelo menos anualmente em todos idosos acompanhados, sobre responsabilidade da médica com auxílio da enfermeira. Para o monitoramento do 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 será realizado através dos registros individuais (prontuário, ficha espelho) nas consultas, pela enfermeira e médica. Uma vez ao ano a médica e enfermeira irão revisar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado (Caderno de Atenção Básica-2013) e com a periodicidade recomendada. A médica irá priorizar a prescrição dos medicamentos da farmácia popular aos idosos. Semanalmente a enfermeira com auxílio das técnicas de enfermagem irão avaliar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção em acompanhamento e irão programar visitas domiciliares a cada 15 dias. O rastreamento para HAS será realizado periodicamente (pelo menos anualmente), assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a médica será responsável por essa atividade. Sobre a responsabilidade do odontólogo da equipe, mensalmente, os idosos serão monitorados e avaliados sobre a necessidade de tratamento odontológico, assim como a oferta da primeira consulta odontológica programática.

Para a **organização e gestão do serviço** a UBS irá garantir os recursos necessários, assim como a manutenção dos mesmos, para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos acompanhados (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...). Para que a avaliação seja realizada de forma organizada e com os registros atualizados iremos definir as atribuições de cada profissional da equipe durante a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Para o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade para os idosos diabéticos será realizado a cada 3 meses, já para os outros idosos, ao menos uma vez ao ano. A agenda será organizada para atender todos idosos, inclusive os faltosos com o intuito de solicitar os exames complementares periódicos a todos idosos com hipertensão/diabetes. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, buscaremos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, garantindo a oferta e disponibilidade dos mesmos. Será garantido o cadastramento de todos idosos com problemas de locomoção através das visitas domiciliares. A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos. Será disponibilizado horários na

agenda do dentista para garantir o acesso dos idosos, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 08 vagas por semanas.

Para o **engajamento público** a equipe irá orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, principalmente a médica e enfermeira irão compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Iremos organizar grupos de idosos, com reuniões mensais para conversar sobre os temas relacionados a saúde, necessidade de realizar os exames, priorização do uso de medicamentos da farmácia popular, sobre higiene e cuidados bucais e com as próteses dentárias. Iremos utilizar folders e cartazes para informar a população.

Para a **qualificação da prática clínica** a equipe será capacitada antes do início da intervenção, a médica irá esclarecer a equipe sobre os itens que são avaliados na avaliação multidisciplinar rápida e irá treiná-los para tal, cada um dentro de suas atribuições, assim como sobre o funcionamento do agendamento e atendimento prioritário. A equipe também será capacitada para repassar as informações a respeito da Farmácia Popular, que os usuários tem o direito de obter suas medicações. Também serão capacitados quanto ao agendamento das visitas domiciliares aos acamados ou como problemas de locomoção.

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

Metas:

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

Para alcançar o objetivo 3, ou seja, **Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**, no eixo **monitoramento e avaliação** mensalmente a enfermeira e a médica irão monitorar o número de idosos faltosos as consultas, para realizar a busca ativa.

No eixo **organização e gestão do serviço** através dos registros específicos e da agenda será possível identificar os idosos que não compareceram as consultas, para solicitar as ACS que realizem a busca ativa dos mesmos com o seguinte agendamento e esclarecimento sobre a importância de não faltar as consultas, a agenda será organizada para receber os usuários provenientes das buscas.

Para o **engajamento público** a comunidade será esclarecida sobre a

importância dos idosos não faltarem a sua consulta programada, tentaremos envolver além do idoso os familiares nesse processo de comprometimento.

Para a **qualificação da prática clínica** as ACS serão capacitadas pela médica para realizar a busca ativa dos idosos faltosos as consultas e agenda-los.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Para alcançar o objetivo 4, ou seja, **Melhorar o registro das informações** no eixo **monitoramento e avaliação** o monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, sob supervisão da médica e da enfermeira. Na primeira consulta será entregue a caderneta ao usuário pela médica.

No eixo **organização e gestão do serviço** para manter as informações do SIAB atualizadas, caberá ao médico e enfermeira, solicitaremos ao gestor municipal materiais como as fichas específicas que garantam um registro correto dos dados para posterior cadastramento no SIAB. Será solicitada a gestão o número suficiente de cadernetas para ser entregue a 100% dos idosos cadastrados no programa, a mesma será entregue na primeira consulta do idoso e será preenchida sempre que o mesmo realizar qualquer tipo de consulta.

No eixo **engajamento público** a enfermeira irá esclarecer aos idosos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção dos seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas. Os idosos e familiares serão esclarecidos sobre a importância de sempre portarem sua caderneta de saúde, sobre as informações contidas na mesma e a importância para o acompanhamento de sua saúde.

Para a **qualificação da prática clínica** a médica irá capacitar a equipe sobre como preencher os registros e a caderneta e sobre a importância de estarem atualizados.

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

Metas:

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Para alcançar o objetivo 5, ou seja, **Mapear os idosos de risco da área de abrangência** no eixo **monitoramento e avaliação** O número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado periodicamente (pelo menos anualmente), assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, será responsável a médica, assim como o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, quinzenalmente.

No eixo **organização e gestão do serviço** a agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos. Priorizaremos o atendimento a idosos fragilizados na velhice e com rede social deficiente.

Para o **engajamento público** a comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgência e emergência. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente na unidade.

Para a **qualificação da prática clínica** os profissionais da equipe serão capacitados quanto ao rastreamento dos idosos com risco de morbimortalidade, sobre como investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice e como avaliar a rede social deficiente, essa capacitação acontecerá na própria unidade, no dia da reunião da equipe, antes do início da intervenção sobre a responsabilidade da médica.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Metas:

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

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

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

Para alcançar o objetivo 6, ou seja, **Promover a saúde dos idosos** no eixo **monitoramento e avaliação** através da caderneta do idoso, da ficha específica e das

consultas médicas iremos monitorar as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, monitorar as orientações para a prática regular de atividades físicas e sobre as orientações de higiene bucal e das próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados essas atividades serão de responsabilidade do médico, enfermeira, dentista.

No eixo **organização e gestão do serviço** cada consulta terá um tempo para orientação nutricional, sobre exercícios físicos, sobre a higiene bucal e das próteses dentárias, vamos solicitar a gestão a disponibilidade de *kits* de higiene bucal, tanto aos idosos como para os familiares, estimulando-os a ingestão de alimentos e práticas saudáveis.

Para o **engajamento público** a comunidade será esclarecida sobre a importância da alimentação saudável, prática de exercício e cuidados bucais, iremos providenciar *folders* explicativos para entregar a comunidade (com auxílio da gestão), a entrega seria realizada nas consultas, visitas domiciliares, durante os grupos.

Para a **qualificação da prática clínica** a equipe será capacitada para orientar a comunidade a respeito da importância de uma alimentação e hábitos saudáveis, tanto na terceira idade como em qualquer faixa etária, estimulando o envelhecimento saudável, assim como sobre a prática regular de exercícios físicos e os cuidados bucais, a capacitação será responsabilidade da médica, com auxílio do dentista.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

Indicador 2.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

consulta.

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

Indicador 5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.3 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene

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

2.3.3 Logística

Para realizar esta intervenção no programa de saúde do idoso, vamos solicitar ao gestor municipal para que seja enviado a UBS o Caderno do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2006 e o Caderno da Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010, porque na unidade não disponibilizamos esses documentos.

Solicitaremos as cadernetas do idoso (250 unidades), prontuários (250 unidades) e fichas espelho disponibilizada pelo curso (250 unidades) para a realização do monitoramento e avaliação da intervenção (já que em minha unidade ainda não existe ficha espelho), para coletar as informações referentes aos usuários e utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada no site do curso, utilizaremos um livro específico e também utilizaremos os diários de intervenção, esses serão preenchidos semanalmente.

Para organizar as buscas ativas e visitas domiciliares mensalmente a enfermeira irá avaliar as fichas e prontuários dos idosos, assim como o livro específico dos registros (esse livro será obtido com recursos da gestão), os ACS irão realizar as visitas com seus próprios meios de transporte, (já que a unidade não disponibiliza meio de condução) e realizarão o agendamento dos faltosos. Para a atualização das informações do SIAB, necessitamos computador (já disponibilizado na unidade), 10 canetas, e usaremos as fichas espelho (para a coleta dos dados), essa atualização será semanalmente feita pela enfermeira.

O acolhimento será realizado por todos os profissionais da UBS, sobre a supervisão da equipe da enfermagem, em todos os turnos de atendimento, o idoso após sua consulta, sairá da UBS com sua próxima consulta agendada. Para a organização da agenda (essa obtida com recurso da gestão) serão disponibilizadas 4 consultas diárias para os idosos (totalizando 20 na semana), mais as consultas de urgência e emergência (livre demanda).

Para a agenda de odontologia, serão disponibilizadas 8 vagas semanais para os idosos em acompanhamento. Na agenda terão preferência os idosos com maiores necessidades.

Para contemplar as ações previstas na intervenção, precisamos de 2 balanças, 2 antropômetros, 2 Tabelas de Snellen, 2 esfigmomanômetro, 2 manguitos, 2 fitas métricas, 2 aparelhos para teste de glicemia, tudo solicitado a gestão antes do início da intervenção. A respeito dos medicamentos, os profissionais do administrativo em conjunto com o funcionário da farmácia criarão um registro das necessidades de medicamentos de uso contínuo pelos idosos com hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus para evitar o vencimento e/ou falta dos mesmos. Iremos dispor de um local para prática de exercícios físicos, na parte de atrás da UBS, será solicitado ao gestor um profissional qualificado (profissionais de educação física, fisioterapia, terapia ocupacional), para orientar aos idosos. Também será solicitada a impressão

dos dez passos para alimentação saudável (mínimo 250 unidades) para entregar ao idoso em consultas, salas de esperas, igrejas, domicílio, (podendo ser distribuído pelos ACS, médica, enfermeira, técnicas recepcionistas etc.),

Também iremos elaborar folhetos impressos com informação sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso, (mínimo 200 unidades), além de contatar com líderes da população para a busca de um lugar como a igreja, para realizar as palestras sobre esses temas e informar a comunidade.

Antes do início da intervenção será realizada uma capacitação para a equipe, o médico será o responsável pela atividade com auxílio da enfermeira, será utilizado materiais previamente solicitados a gestão o Caderno do MS 2006, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde de 2006 e o Caderno da Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010. Iremos utilizar a própria UBS para a capacitação no horário da reunião de equipe. A respeito dos temas sobre saúde bucal o dentista será responsável pelas informações repassadas a equipe (higiene bucal e higiene de próteses dentárias), o médico irá esclarecer sobre os passos para alimentação saudável, utilizando o material solicitado a gestão.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Capacitação dos profissionais	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cadastramento de todos os idosos da área de abrangência	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contato com liderança da área para solicitar apoio em todas as estratégias a tomar e conversar sobre a existência do programa de atenção ao idoso	■				■				■			
Atendimento clínico e odontológico de todos os idosos seguindo o protocolo da unidade.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Grupo de idosos			■				■				■	
Capacitar as ACS em busca ativa de idosos faltosos a consultas.	■											
Busca ativa de idosos faltosos a consultas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento da intervenção	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade serão realizadas nas respectivas datas:

13/07/2015, 14/07/2015,16/07/2015.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A respeito das ações previstas e desenvolvidas com a intenção de qualificar a atenção à saúde dos idosos residentes na área de abrangência da UBS N-31, podemos dizer que conseguimos cumprir com quase todas as ações previstas em nosso cronograma. A capacitação para a equipe foi de forma integral e satisfatória, a todos os membros, esclarecendo dúvidas e o papel de todos os integrantes na intervenção, foi planejada e conduzida pela enfermeira e médica na própria UBS.



Figura 7: Reunião equipe/capacitação

A respeito da cobertura, foi atingida parcialmente, não foi possível atingir 100% dos idosos, é estimado que existissem 260 idosos na área de abrangência da UBS, com a intervenção conseguimos atingir 249 idosos, ou 95,8% mas seguiremos

com o trabalho após o término da intervenção com o objetivo de captar todos os que não foram captados em esta etapa. Para os indicadores de qualidade conseguimos uma boa cobertura já no término do terceiro mês de intervenção, conseguimos avaliar o total de 249 idosos. Os indicadores de qualidade ao final da intervenção comportam-se da seguinte maneira: proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, proporção de idosos com avaliação clínica em dia e exames conseguimos 100%, (resgatando o idoso que foi visitado em domicílio com broncopneumonia), avaliação de saúde bucal e primeira consulta odontológica programada alcançamos 96,8% com 241 idosos avaliados, não foi possível 100% porque como descrevemos nos diários na última semana foi de muito trabalho, alguns dos idosos não puderam ser atendidos pelo dentista porque o mesmo se encontrava em atividade programada na escola (mas esses idosos serão reagendados), além de duas idosas acamadas que a equipe visita no domicílio em momentos que o odontólogo trabalhava na unidade com as demais ações programáticas. Para a solicitação dos exames para idosos hipertensos e/ou diabéticos temos um total de 127 idosos (100%). Todos idosos receberam orientação sobre alimentação saudável e saúde bucal. As reuniões em grupo tiveram papel fundamental nesta intervenção, com frequências mensais participando a toda equipe, realizadas na UBS. Exemplo um dia programamos uma atividade na igreja, participaram as ACS, enfermeira, médica, as técnicas de enfermagem, o dentista e assistente odontológica, assim conseguimos a integração



de todos.

Figura 8: Atividade grupo na igreja

As outras ações como o cadastramento dos idosos, o correto preenchimento dos registros (ficha espelho, prontuário e caderneta de saúde), as buscas ativas, atividades em grupo, com a finalidade de educação popular em saúde, a entrega dos

dez passos para uma alimentação saudável, os atendimentos clínicos tanto na UBS como em visitas domiciliares, foram desenvolvidas sem dificuldade, com apoio de todos os membros da equipe.



Figura 9: Visita domiciliar

Relacionado às buscas, um fator que fez com que muitos usuários faltassem às consultas programadas foram às chuvas na região, o que dificultou um pouco a organização do serviço, mas com auxílio das ACS, conseguimos recaptá-los. Em um total de 29 faltosos e 29 buscas ativas, o que demonstra que todo o feito é devido a trabalho em equipe, em conjunto e disposição de todos, dando cumprimento a minha maior satisfação durante esse período que estive no Brasil que foi poder oferecer um atendimento integral e de qualidade aos idosos e contar com o apoio de minha equipe para poder desenvolver todas as atividades.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas e não desenvolvidas, citamos a não impressão dos 10 passos da alimentação saudável, a gestão não disponibilizou o material no início da intervenção para ser entregue nas consultas. As orientações sobre a

alimentação foram repassadas aos idosos de forma verbal durante as consultas, foi a maneira que encontramos para contornar o problema, mais tarde a gestão disponibilizou o material e as ACS entregaram nas residências. A UBS também não disponibilizou meio de transporte para os ACS realizarem as visitas, e como estratégia para contornar esse problema, os profissionais utilizaram de meio de transporte próprio.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto a coleta e sistematização dos dados não houve problemas ou dificuldades, o material disponibilizado pelo curso é de fácil manuseio e simples interpretação. Além dos diários que facilitam organização dos dados para sua colocação em as planilhas porque eles forem feitos cada semana com todo o acontecido na UBS, visitas em domicilio e outras atividades em grupos educativas em saúde, porquanto qualifico como ferramenta importante do trabalho realizado. O preenchimento dos diários é trabalhoso e precisa ser feito de forma ordenada, mas ajudou muito em especial para escrever os resultados do meu trabalho, onde pude saber o que foi feito em cada semana. Outra ferramenta que ajudou nos registros foram as fotos das atividades, creio que tudo isso torna o trabalho mais real e aproxima o leitor do texto. Também utilizei o termo de consentimento para a realização das fotos, outra atividade que foi trabalhosa e custa tempo, mas que é bastante necessária, pois foi explicado aos usuários que suas fotos seriam usadas e perguntado se estavam de acordo com isso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Realizando uma avaliação do trabalho desses 3 meses de intervenção podemos dizer que os resultados foram os esperados e podem ser mantidos, de forma

viável no contexto de nossa UBS. O mais importante de tudo é que foi possível incorporar à intervenção a rotina do serviço de maneira organizada, o serviço já é referência, tem dia específico para acontecer. Conseguimos alcançar bons indicadores de qualidade, organizar os registros específicos, realizar palestras em lugares como igrejas, que ficam lotados. A comunidade conhece a existência do programa e objetivos do mesmo, que fazem ajudar à equipe para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Devemos citar que além das ações previstas no cronograma, desenvolvemos ações não previstas como a celebração de aniversário dos idosos que frequentam o programa, com isso conseguimos fortalecer o vínculo com comunidade.



Figura 10: Comemoração aniversário

Mesmo com o encurtamento da intervenção, já que antes eram previstas 16 semanas de trabalho e foram reduzidas para 12, estou satisfeita com o resultado alcançado, posso dizer que a equipe aumentou muito o seu conhecimento sobre o programa e isso é refletido no trabalho diário, esclarecem as dúvidas dos usuários quanto ao tempo de demora a os resultados dos exames, identificação dos fatores de risco na velhice, eles estão muito interessados por a saúde bucal dos idosos, em os adestramentos conseguimos aumentar o nível de conhecimento de cada membro do

equipe e todos unidos tem buscado a integração dos idosos a sociedade. A intervenção continua para aumentarmos os indicadores propostos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da saúde da pessoa idosa na UBS N-31, do Bairro Novo Israel, município de Manaus. Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, foram utilizados os seguintes indicadores, de acordo com os respectivos objetivos e metas:

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção a saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%

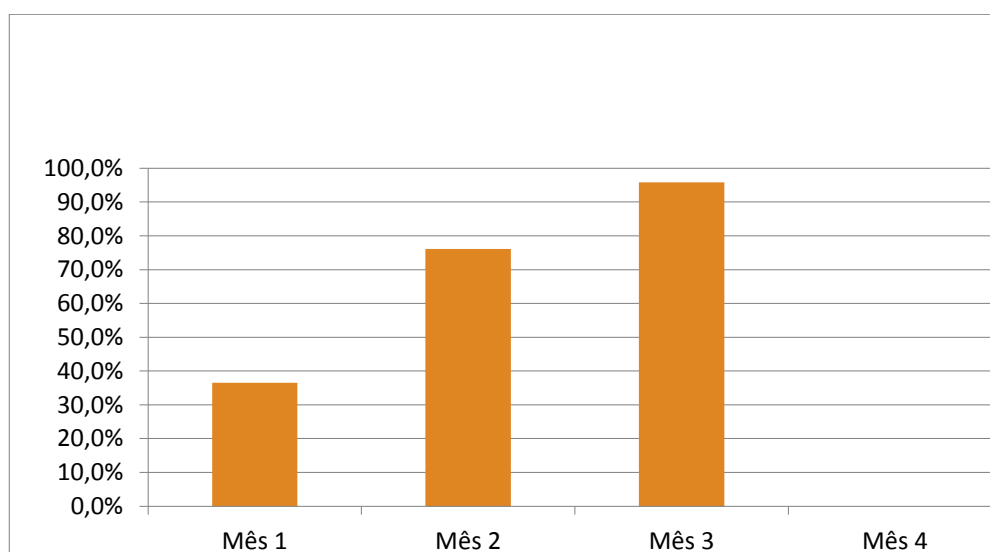


Figura 11: Gráfico evolução mensal cobertura do programa de saúde do idoso

Ao início da intervenção a equipe N31 não conhecia com exatidão o número total de idosos pertencentes à área de abrangência, então foi utilizada a estimativa para começar o trabalho, os registros falavam de 260 pessoas nesta faixa etária delas foram avaliadas 249 ou 95,8% do total. O não cumprimento da meta em 100% é devido ao mau tempo que enfrentamos devido as chuvas o que dificultou o cadastramento e a consulta de todos idosos.

Pode-se observar que durante o primeiro mês da intervenção foram incluídos um número menor de idosos, 95 ou 36,5%, incrementando-se progressivamente nos meses subsequentes, 198 no segundo mês ou 76,2% até chegarmos aos 249 idosos cadastrados e acompanhados. Isso aconteceu devido ao controle dos registros, capacitação dos profissionais e engajamento público desenvolvido pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção.

As ações que mais auxiliaram na inscrição destes idosos no programa, foi o cadastramento da área adstrita que ocorreu por meio da convocação realizada pela equipe durante as visitas domiciliares, consultas, atividades coletivas, cuidadores e familiares dos idosos que compareceram à unidade de saúde.

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

Meta 2.1. Realizar avaliação Multidimensional Rápida a 100% dos idosos da área de abrangência

Ao início todos tiveram avaliação Multidimensional Rápida em dia todos os idosos (95) para 100%, quando começamos o segundo mês encontramos um acamado em mau estado de saúde que impossibilita esta ação, aqui conseguimos avaliar a 197 idosos para 99,5%, aguardamos sua recuperação e em agendamento subsequente e com visita em domicílio procuramos resgatar o idoso alcançando assim avaliação de 249 ou 100% no terceiro mês.

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.

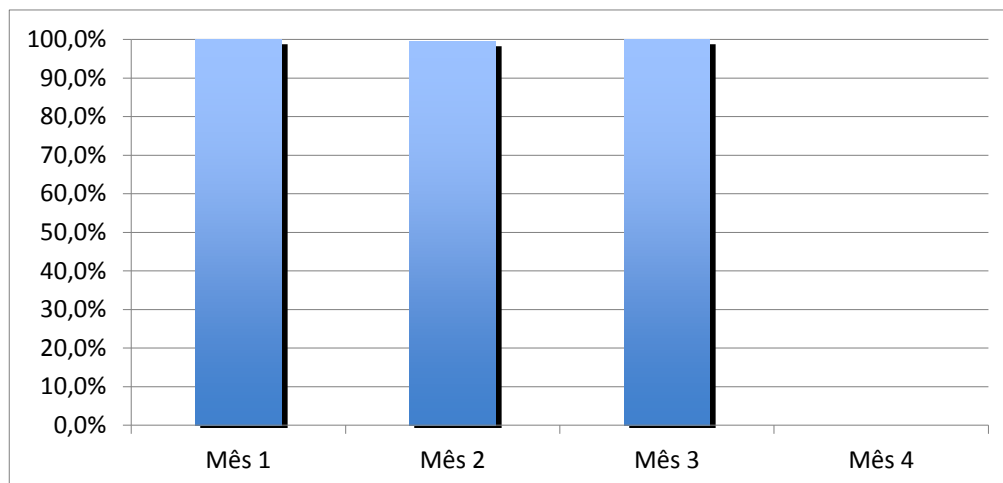


Figura 12: Gráfico evolução mensal da proporção exame clínico apropriado

Alcançamos 100% no primeiro mês da intervenção, com 95 idosos com exames em dia, mas com inconveniente do idoso acamado com broncopneumonia não foi possível no segundo mês que temos com exames clínico apropriado em dia 197 idosos ou 99,5%, sendo resgatado por a equipe e ao término do terceiro mês já teria os exames clínicos apropriados em dia, ao final do terceiro mês 249 ou 100% dos idosos foram avaliados.

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

Este foi outro indicador que com o trabalho em conjunto de toda a equipe e gestão com outros laboratórios conseguimos atingir 100%, com todos os exames indicados em dia, em cada consulta além do exame clínico foi muito importante a solicitação destes exames, a meta foi mantida com apoio e trabalho da enfermeira, das técnicas de enfermagem, ACS assim como os registros preenchidos. No primeiro mês foram solicitados exames aos 58 (100%) idosos hipertensos e/ou diabéticos, no segundo mês solicitamos a 106 (100%) avaliados e no término do terceiro mês 127 idosos ou 100%.

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

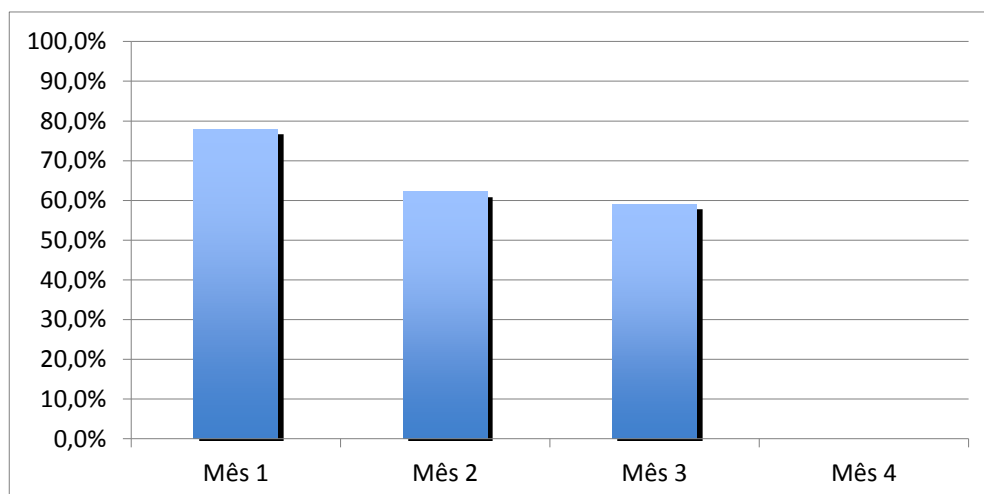


Figura 13: Gráfico evolução mensal proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Aqui nesta meta observamos que no primeiro mês de 95 idosos só 74 (77,9%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês de 198 avaliados 123 (62,1%), ao término da intervenção de 249 avaliados, 147 (59%) receberam os benefícios já comentados temos em conta que no primeiro mês contava com maior número de idosos com doenças, atribuí esta situação a que todos os idosos cadastrados não têm doenças crônicas ou de outro tipo para fazer uso destes medicamentos, apesar das atividades oferecidas em igrejas, UBS, em grupos sobre os benefícios e facilidades de obter os medicamentos aqui, há usuários que preferem comprar em farmácias privadas, todo o esforço foi feito por parte da equipe.

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

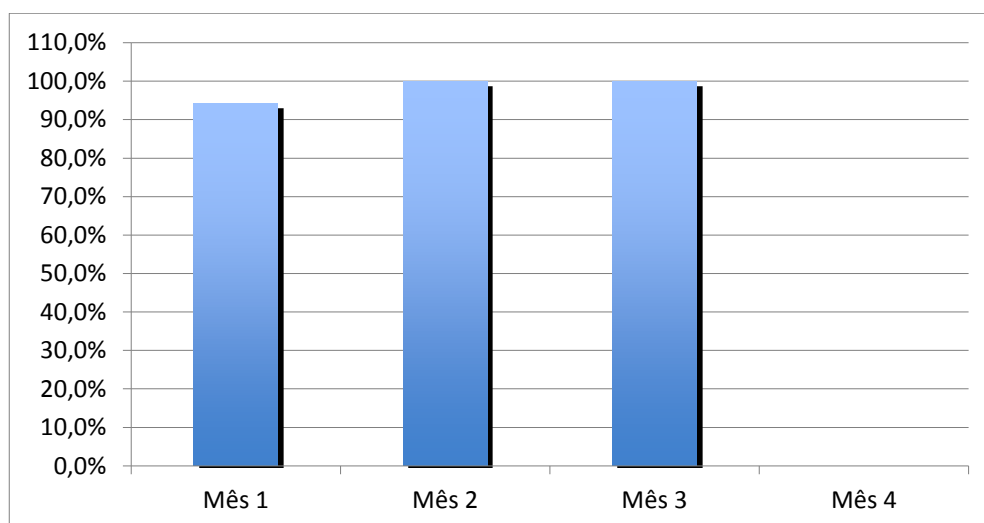


Figura 14: Gráfico evolução mensal proporção de idosos acamados

Quando começou a intervenção a estimativa foi de 30 acamados ou com problemas de locomoção na população pertencente à área de abrangência, com o curso do trabalho e o cadastramento, a equipe foi esclarecida sobre dúvidas entre os integrantes sobre o que é uma pessoa acamada e outra com problemas de locomoção, assim a equipe fez a diferenciação e com as visitas em domicílios. No primeiro mês conseguimos avaliar 16 de 17 cadastrados (94,1%), no segundo mês completamos 21 de 21 (100%) e no terceiro mês completamos 25 ou 100%, ficando aberta as portas do serviço para continuar a busca ativa de idosos que podem formar parte de este grupo. Com base nos diários entre os problemas apresentados por nossos idosos acamados estão: AVC, insuficiência renal crônica, idoso com baciloscopia positiva sugestiva de tuberculose, broncopneumonia.

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

Alcançamos aqui 100% de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visitas em domicílio, desde que a equipe rastreou cada idoso nestas condições a tarefa imediata foi a visita a cada domicílio conhecendo a incapacidade para ser avaliado em consulta, ao início visitamos 16 de 16 cadastrados (100%), com o avanço do trabalho, e rastreamento conseguimos visitar e cadastrar 21 idosos (100%) em domicílio no segundo mês, com o término da intervenção conseguimos cadastrar e visitar 25 idosos ou 100%, tratamos sempre que não faltasse nenhum membro da equipe as visitas, incluindo odontólogo para que o trabalho fora completo. Com base nos diários, na semana 4 visitamos um idoso com problema de locomoção devido a problemas visuais, estando sem enxergar. Na semana 5 visitamos uma idosa que não consegue se deslocar até a UBS, pois em Manaus existe muitas ladeiras e isso dificulta a locomoção de muitos idosos. Na semana 9, aqui chamo a atenção para a visita a uma senhora de 102 anos que não consegue o transporte até a UBS.

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

Cada idoso que foi avaliado em consulta, a primeira tarefa foi a toma da pressão arterial, tanto em domicílio como na UBS, essa meta foi mantida em 100% durante os 3 meses, tudo devido ao trabalho conjunto da equipe alcançamos a meta,

com 95 idosos avaliados no primeiro mês, 198 no segundo mês e 249 ao final do terceiro mês. Com as atividades de capacitação a toda equipe, as reuniões, conseguimos que cada membro da equipe conhecesse a técnica para a aferição da pressão arterial.

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

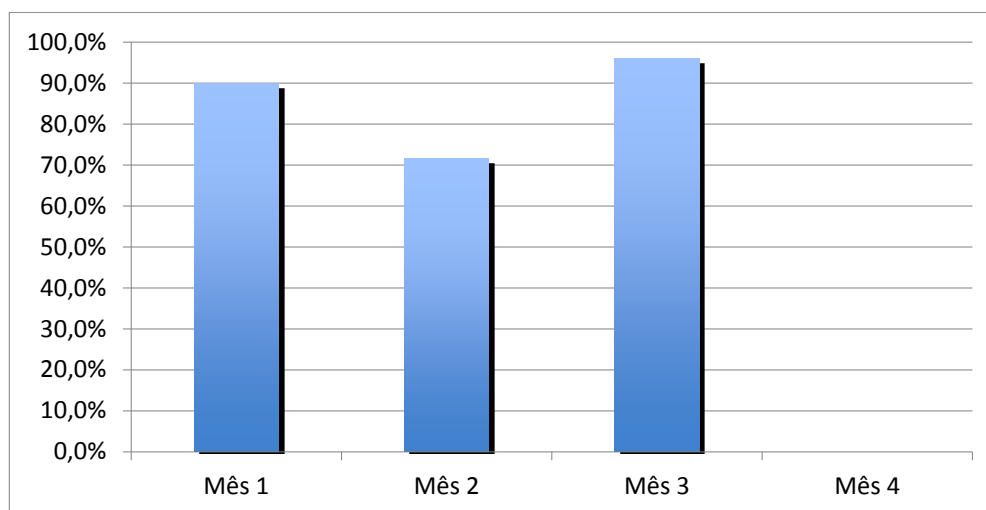


Figura 15: Gráfico evolução mensal proporção de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm hg para Diabetes Mellitus (DM).

Quando começou a intervenção contávamos com toda a logística necessária para uma completa avaliação dos idosos, mas muitos deles os resultados dos exames não chegaram em tempo, além de que o glicômetro quebrou na segunda semana, com tal problema tomamos como estratégia uma consulta subsequente que conseguisse avaliar estes casos e com ajuda das ACS, técnicas de enfermagem conseguimos a captação dos idosos com exames pendentes ao final do terceiro mês contamos com 122 idosos hipertensos rastreados para diabetes para ou 96,1%, no primeiro mês dos 59 rastreamos 53 ou 89%, no segundo 76 dos 106 cadastrados ou 71%, buscaremos melhorar esses indicadores com o seguimento da intervenção.

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

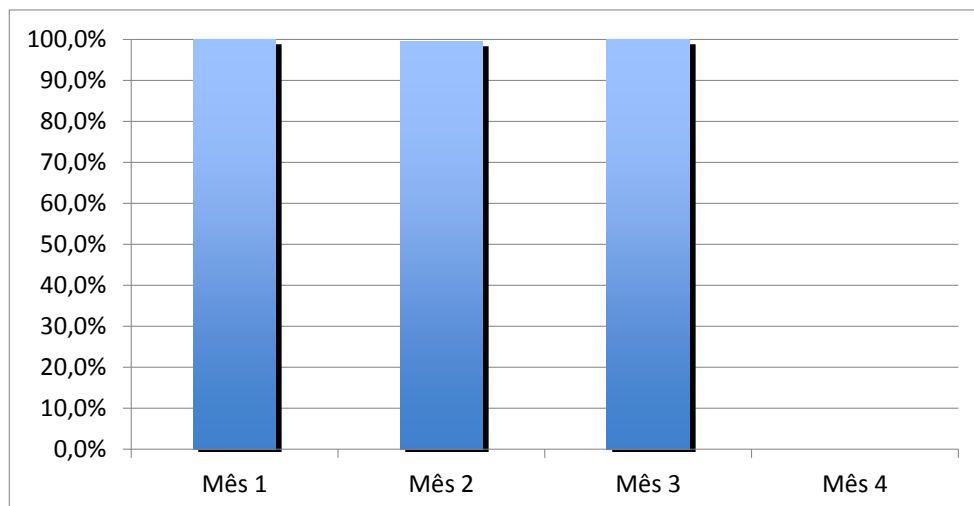


Figura 16: Gráfico evolução mensal idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Esta meta foi cumprida como indica o gráfico aos 100% ao término do terceiro mês, com 249 idosos avaliados, no segundo mês foi visitado um idoso acamado com história de AVC e com broncopneumonia neste momento que foi impossível sua avaliação, porquanto, só avaliamos 197 ou 99,5%, agendamos uma visita subsequente para quando terminara o tratamento e fora possível um exame completo, felizmente a evolução foi satisfatória e continua acamado mas continuamos com os cuidados da família as técnicas de enfermagem, enfermeira, medica sua completa recuperação e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

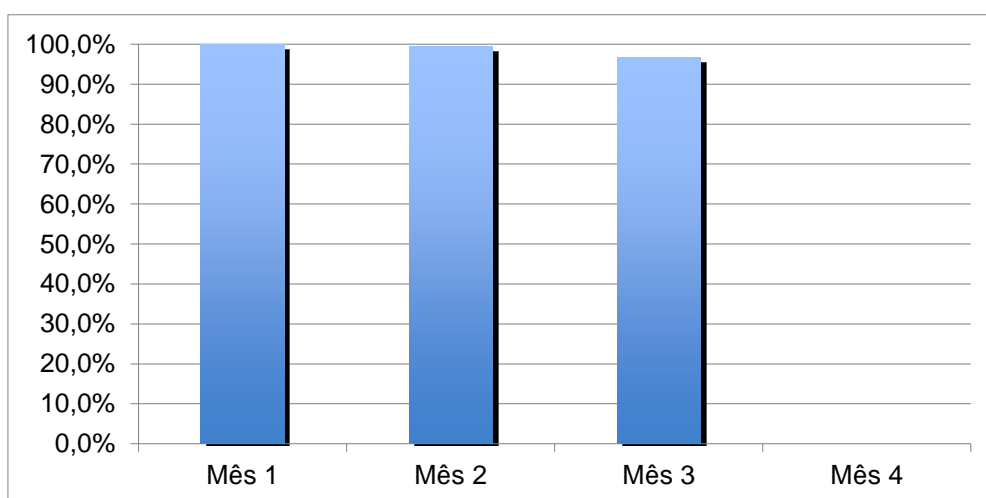


Figura 17: Gráfico evolução mensal Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Foi possível avaliar 100% no primeiro mês ou 95 idosos, o trabalho foi muito reconhecido pela comunidade, quando chegamos ao segundo mês o indicador baixou para 99,5%, porque o idoso acamado com broncopneumonia, não foi possível realizar sua avaliação, ao término do terceiro mês alcançamos 96,8% com 241 idosos avaliados de 249 cadastrados no programa, porque o compressor da unidade foi roubado na terceira semana da intervenção de acordo com meus diários de intervenção então precisamos redobrar esforços com agendamento em outra policlínica perto de nossa área, este foi considerado como satisfatório mas muito trabalhoso por parte das ACS, enfermeira ,técnica administrativa, toda a equipe em função de resgatar os restantes em consultas subsequentes ao longo da intervenção.

Também baseado em meus diários, enfrentamos problemas na primeira semana, o dentista ausentou-se por três dias, foi convocado a um fórum de saúde, tudo isso interferiu no resultado.

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

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

Este foi outro indicador que com esforço sobre tudo das ACS, conseguimos manter em 100% durante os 3 meses, receberem busca ativa no primeiro mês 11 de 11 faltosos, no segundo mês 18 de 18 e ao término da intervenção 29 de 29 idosos faltosos, porque através dos registros preenchidos, e permitiu a identificação dos faltosos e foi feita busca ativa, outro fator que contribuiu para manutenção do indicador foi a receptividade dos idosos e cuidadores em receber os membros da equipe durante as buscas. Durante as capacitações sempre procuramos sensibilizar a cada pessoa para que alcançar e manter objetivos propostos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu melhorar o registro das informações e manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde do idoso de 100% dos idosos que consultaram o serviço, com 95 (100%)avaliados no primeiro mês, 198 (100%) no segundo e 249 (100%) no terceiro mês, isto foi conseguido através do monitoramento semanal dos idosos atendidas. Depois da capacitação da equipe foi pactuada a necessidade do preenchimento do SIAB e fichas de acompanhamento referentes aos cuidados dos idosos, mantendo os registros em ficha-espelho, prontuário clinica e atualização da caderneta do idoso.

De fato a equipe conseguiu orientar a comunidade sobre os direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas, oferecendo aos familiares dos idosos e a comunidade todas informações relacionadas à possibilidade de terem acesso aos registros de atendimento.

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

A caderneta é considerada uma ferramenta como sua identidade, porque nela estão atualizados todos os dados desde a triagem aos medicamentos em uso, doenças, alergias a medicamentos e muitas informações que os idosos por perda de capacidade ou que são referidos a outras especialidades precisam ter preenchidos, tarefa que foi cumprida durante a intervenção por parte da médica e enfermeira. Nas atividades de educação sempre explicamos aos idosos da importância deste documento. Com ajuda do gestor municipal contamos com todas as cadernetas para a intervenção e continuar com o seu uso durante rotina do serviço. No primeiro mês foram entregues e preenchidas 95 cadernetas, ou 100% dos cadastrados, no segundo mês 198 ou 100% dos cadastrados e no terceiro mês 249 ou 100% dos cadastrados.

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

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

A equipe conseguiu fazer a avaliação de risco em 100 % dos idosos cadastradas no programa, avaliando 95 no primeiro mês (100%), 198 no segundo mês (100%) e 249 ao término ou 100%. Foi feito o monitoramento dos idosos com alto risco existente na área de abrangência, conseguindo ter o acompanhamento em dia.

Foi realizada à estratificação do risco dos idosos cadastrados, identificando os de alto risco, encaminhando para fazer acompanhamento especializado ou receber avaliação multiprofissional. Esta estratégia foi criada com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.

A equipe conseguiu dar atendimento priorizado para os idosos de alto risco, planejando a agenda para isso, os idosos com dificuldade de locomoção ou com deficiência foram avaliados na visita domiciliar, estas visitas foram realizadas pela equipe segundo a necessidade de cada idoso. Além de marcar consultas especializadas pelo SISREG por ordem de prioridade para aqueles que precisaram

avaliação por neurologia, fisioterapia, psicologia clínica, cardiologia, ortopedistas, entre outras.

Foram oferecidas aos cuidadores e familiares dos idosos e à comunidade todas as informações sobre os fatores de risco para morbidades em esta etapa e como preveni-las para evitar as doenças.

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu dar orientações à 100% dos idosos atendidos durante os 3 meses, de como prevenir acidentes mais frequentes em estas etapas para ter uma velhice de maior qualidade. No primeiro mês conseguimos avaliação de 95 idosos, no segundo mês 198 e no terceiro mês os 249 idosos cadastrados.

Foi monitorado semanalmente o registro das orientações sobre prevenção de acidentes, através da informação coletada nos prontuários clínicos, fichas-espelhos e planilha de coleta de dados.

Foram oferecidas orientações aos cuidadores e/ou responsáveis pelos idosos para o controle e prevenção de lesões não intencionais nesta faixa etária. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram capacitados para identificar riscos potenciais de acidentes no micro áreas e atuar na prevenção dos acidentes, além disso, foi oferecida através das palestras e nas consultas aos familiares e cuidadores, a comunidade em geral, todas as informações sobre fatores de riscos em estas etapas e como preveni-los para evitar acidentes nos diferentes cenários.

Meta 5.3. Avaliar 100% da rede social dos idosos

Uma das atividades instrumentais da vida diária que são as relacionadas à participação do idoso no convívio social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar vida independente dentro da comunidade entre elas está utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, usar telefone, cuidar de suas próprias finanças, para avaliar tudo isto usamos a escala mais citada e utilizada até os dias de hoje a Escala de Katz, foi planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente, após da capacitação da equipe conseguimos avaliar os idosos, tendo em conta que é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional, com assistência as consultas programadas e visitas em domicílio cada membro da equipe buscou identificar aos idoso e integrar

novamente a sociedade a muitos que pensavam que suas vidas haviam terminado, enfatizamos esses aspectos nas atividades festivas, educativas, prática de exercícios físicos. Alcançamos 100% durante os 3 meses, com avaliação de 95 idosos, no primeiro mês, 198 no segundo e 249 ao término da intervenção

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Fram impressas dicas para alimentação saudável, foram entregues a todo idoso que foi avaliado, além das informações individuais, em grupos e visitas em domicílio, conseguimos a presença de uma nutricionista que realizou palestra aos idosos e familiares e cuidadores sobre este tema muito importante, uma das atividades demonstrativas foi um café de manhã, comemoração do aniversário de uma idosa. Conseguimos orientar 100% de todos os idosos avaliados durante os 3 meses, 95 no primeiro mês, 198 no segundo e 249 ao final do terceiro mês. Também com base em meus diários, na segunda semana de intervenção o gestor garantiu a impressão dos 10 passos saudáveis da alimentação e no início da intervenção pudemos entregar aos usuários nas consultas e nas visitas, outro fator que ajudou o alcance da meta. Outra informação removida dos diários, na terceira semana de intervenção conseguimos a presença de uma nutricionista em nossa UBS, que deu uma palestra para os idosos e equipe sobre alimentação.

Meta 6.2. Garantir orientação a 100% dos idosos para a prática regular de atividade física a 100% idosos, em consultas, palestras e visitas domiciliares foi abordado o tema.

Durante a intervenção conhecíamos através dos registros, fichas espelhos, prontuários cada idosos que já praticava exercícios físicos, colocando como exemplo esta atitude em as reuniões em grupos para a estimulação de outros para que começassem a realização das atividades o que possibilita evitar doenças. Foi tomada como estratégia da equipe para o estímulo da prática de exercícios, três vezes por semana na escola oferecer exercícios, monitorados pelo médico, enfermeira, as ACS também dando resultados incríveis. Tudo foi alcançado com gestão própria da equipe

capacitação e entrega. Orientamos 95 idosos no primeiro mês, 198 no segundo e 249 em terceiro mês ou 100% durante os 3 meses.

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados com orientação a 95 idosos no primeiro mês, 198 no segundo e 249 idosos ao final, Isto foi conseguido através do monitoramento semanal dos registros das orientações referentes à higiene bucal, durante a consulta dos idosos descritas no prontuário clínico, ficha-espelho e planilha de coleta de dados.

Através da capacitação realizada pela médica e cirurgião dentista da equipe todos os profissionais ficaram preparados para dar orientação sobre higiene bucal a este grupo etário. Foram desenvolvidas atividades coletivas na unidade, orientando aos cuidadores, familiares e a comunidade sobre a importância de manter boa higiene bucal e o necessário que é para conseguir o controle de muitas doenças crônicas e outras que podem aparecer, alcançamos 100% neste indicador durante os 3 meses (95, 198 e 249 idosos no primeiro, segundo e terceiro mês).

4.2 Discussão

A intervenção foi realizada só por uma equipe de saúde porque minha unidade trabalha apenas com uma equipe, que está completa. A intervenção melhorou a qualidade do atendimento, neste grupo etário, começamos a trabalhar com novos registros (fichas espelhos, planilhas de coletas de dados), que possibilita organização do trabalho e preenchimento de dados importantes dos idosos que permitem a continuidade da intervenção no serviço, além de estratificação de riscos na velhice, exames dos pulsos, avaliação da saúde bucal, e muito importante a incorporação novamente a sociedade de muitos idosos que estavam inativos em casa.

Com a intervenção foi possível a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo de Saúde do idoso do Ministério da Saúde. Esta atividade promoveu a integração da equipe de saúde e aconteceu conforme estabelecido no cronograma.

Foi conseguido delimitar as atribuições de cada profissional, a médica e a enfermeira foram as responsáveis pelas avaliações dos idosos, a equipe de saúde bucal (ESB) ofereceu o atendimento odontológico aos idosos. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis pelo esquema vacinal e a triagem. As ACS atualizaram o cadastro da área adstrita além de fazer a busca ativa dos idosos faltosos, a recepcionista participa do acolhimento do usuário e orientações básicas a familiares e cuidadores.

Dentro das metas que não foram atingidas, a meta de cobertura ficou em 95,8% devido a dois fatores, o encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas e o mau tempo em minha cidade, pois as chuvas foram intensas, o que dificultou a captação de alguns idosos. Outra meta que não foi atingida em 100% foi a prescrição de medicamentos a 100% dos idosos, como mencionei antes atribuí isso devido a que nem todos idosos tem doenças crônicas, por isso não necessitam medicações. A meta proporção de hipertensos rastreados para diabetes também não foi alcançada devido a demora na entrega dos resultados dos exames e que nosso glicosímetro quebrou. As metas relativas a saúde bucal também não foram atingidas na totalidade porque nosso compressor foi roubado e precisamos conseguir agendamento dos idosos em outra UBS por um tempo, até termos um novo compressor.

A intervenção teve grande impacto na equipe, primeiramente foi conseguido ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento. Arrumou-se os registros, prontuários clínicos, fichas espelhos, agendas da médica, enfermeira e cirurgião dentista, planejou-se o trabalho das ACS por micro áreas, o que promoveu um trabalho organizado, buscamos atualizar o esquema vacinal, cumprir com o programa de atendimento, oferecer orientação aos cuidadores, familiares e população em geral sobre importância do acompanhamento dos idosos pela ESF e a possibilidade de ser oferecida na unidade de saúde, foram orientados sobre, saúde bucal, esquema vacinal, riscos e acidentes mais frequentes na velhice, dicas de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, avaliação de risco social e mais todo conseguido por engajamento público e trabalho desenvolvido pela equipe, incorporando a intervenção a rotina do serviço.

Antes da intervenção as outras ações programáticas e até a ação relativa aos idosos recaíam na médica, a capacitação dos profissionais e reordenamento das agendas, levarem a que os atendimentos fossem compartilhados segundo as atribuições de cada membro da equipe.

A melhora dos registros e o agendamento organizado dos idosos viabilizaram a otimização das agendas para conseguir diminuir os atendimentos as demandas espontâneas. A classificação de risco dos idosos atendidos permitiu o planejamento por ordem de prioridade dos mais necessitados tanto para o atendimento médico como odontológico.

A intervenção causou impacto positivo na população até o momento, os idosos demonstram satisfação com o atendimento e prioridade do serviço, às vezes por desconhecimento ainda encontramos insatisfação de outros doentes, mas a equipe tratou de explicar os motivos das prioridades com este grupo etário, assim as explicações também serviram para todos usuários levarem as informações importantes para suas famílias ou vizinhos. Apesar da ampliação da cobertura e melhora nos indicadores de qualidade, ainda precisamos trabalhar no sentido de divulgar a intervenção para que o impacto seja totalmente percebido pela população e é nesse sentido que a equipe segue trabalhando.

A incorporação da intervenção à rotina é um passo de avanço na atenção primária da UBS, as ações desenvolvidas durante a intervenção estão formando parte da rotina diária. Ampliar as atividades educativas é nosso objetivo, para conseguir conscientizar a comunidade sobre a importância do acompanhamento dos idosos nas consultas com todos os benefícios obtidos.

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

Após o término, e com o monitoramento da intervenção, chegamos à conclusão que a equipe devia ter discutido desde a análise situacional, todas as atividades planejadas. Se a intervenção fosse acontecer neste momento tudo seria discutido desde o início com o objetivo de facilitar a informação para o cumprimento dos objetivos. Solucionar oportunamente os problemas detectados para que a intervenção acontecesse sem contratempos nem inconvenientes.

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

vulnerabilidades, mas não a qualifico como um insucesso, pois com o decorrer da intervenção corrigimos isso.

De fato com a intervenção foi conseguida a integração da equipe. Incorporar a rotina diária o que foi realizado durante a intervenção é o grande desafio dos profissionais, mas estamos trabalhando fortemente para manter as ações estabelecidas. Após o seu término, a equipe está em condições de superar dificuldades que antes não era capaz.

Com o monitoramento das ações a equipe conseguiu avaliar os resultados obtidos durante os três meses, e tem como meta aumentar a cobertura dos idosos cadastrados na área de abrangência, não temos micro áreas descobertas, assim a tarefa da equipe é continuar com a avaliação de idosos que ficaram sem atendimento. Apesar de não cobrir 100 % nesta ação programática a equipe pretende alcançar a meta nos próximos meses.

O objetivo da equipe depois das capacitações realizadas, será iniciar este trabalho na atenção de hipertensos e diabéticos. Deste jeito a equipe pode ir desenvolvendo o resto das ações programáticas com o objetivo de alcançar a cobertura desejada e melhorar a qualidade dos atendimentos.

A equipe sente vontade de continuar as melhoras de todas as ações programáticas sem quitar importância a nenhuma, assim aumentaremos a qualidade dos serviços oferecidos a toda a população necessitada.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

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

Venho através de este relatório informar ao prezado gestor de saúde da intervenção que aconteceu na UBS N31, no Bairro Novo Israel em Manaus, com foco na atenção à saúde do idoso no período de março/2015 até junho/2015.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso. Conseguimos cadastrar e acompanhar 249 idosos ou 95,8% deles.

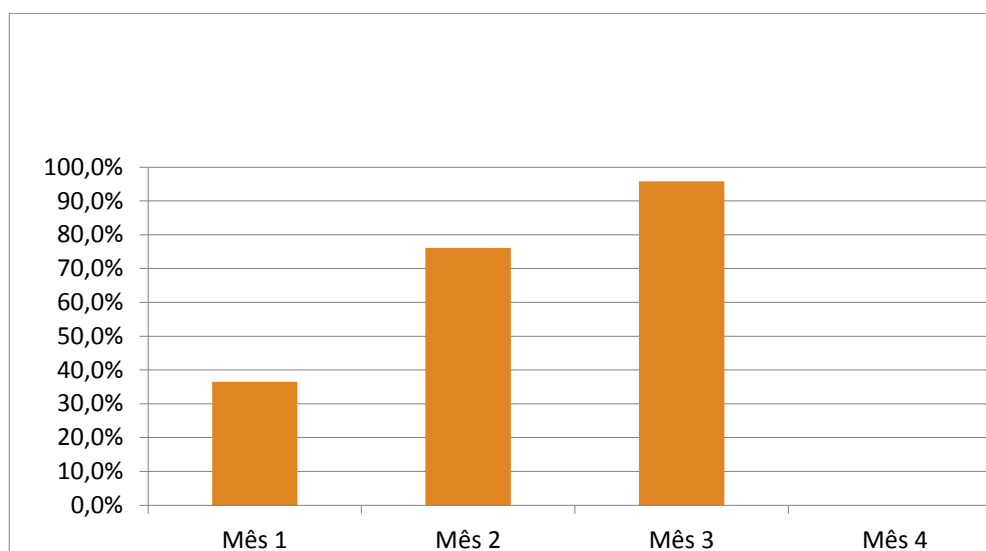


Figura 18: Gráfico evolução mensal da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.

Melhoramos a qualidade do atendimento, para este grupo etário, desde o começo contamos com ajuda de vocês que nos ajudaram com a logística para programar o trabalho, fornecendo todo material que foi preciso (lápiz, folhas, materiais impressos, compressor odontológico e mais). Com a intervenção foi possível conseguir a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo de Saúde do idoso do Ministério da Saúde, esta atividade promoveu a integração da equipe de saúde, foi conseguido delimitar as atribuições de cada profissional,

A intervenção teve grande impacto positivo na equipe, primeiramente foi conseguido ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento. Também organizamos os registros, prontuários clínicos, fichas espelho, agendas da médica, enfermeira e cirurgião dentista, planejou-se o trabalho das ACS nas micro áreas (o que facilita o trabalho organizado), buscamos atualizar o esquema vacinal, cumprir com o programa de atendimento, ofertar orientação aos cuidadores, familiares e população em geral sobre importância do acompanhamento dos idosos pela ESF e a possibilidade de ser oferecida na unidade de saúde, foram orientados sobre, saúde bucal, esquema vacinal, riscos e acidentes mais frequentes na velhice, dicas de

alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, avaliação de risco social e tudo isso foi possível devido ao engajamento público e trabalho desenvolvido por toda equipe, se consolidando como rotina do serviço a intervenção. ,

Nossa equipe, julga a incorporação da intervenção à rotina da UBS como um passo de avanço na atenção primária, os atendimentos desenvolvidos durante a intervenção estão perpetuados no serviço. Ampliar as atividades educativas é nosso objetivo, para conscientizar a comunidade sobre a importância do acompanhamento dos idosos nas consultas com todos os benefícios obtidos.

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

Para que o trabalho fosse melhor desenvolvido, creio que faltou um pouco de penetração entre os gestores e a equipe, se a intervenção fosse acontecer neste momento tudo seria discutido desde o início com o objetivo de facilitar a informação para o cumprimento dos objetivos. Solucionar oportunamente os problemas detectados para que a intervenção acontecesse sem contratempos nem inconvenientes.

Apesar de não cobrir 100 % para esta ação programática a equipe pretende alcançá-la nos meses que seguem. A equipe está se organizando para estender as ações para a atenção de hipertensos e diabéticos.

Para continuar com esse trabalho precisamos ainda mais de sua colaboração, prezado gestor, gostaríamos de outras áreas onde os idosos possam continuar com a prática de exercícios físicos, glicômetros, esfigmomanômetros, balanças além de meios de transportes para realizar visitas a lugares longes da unidade, seria conveniente sua presença em todas as reuniões do serviço para avaliar e estreitar nosso vínculo.

A equipe sente vontade de continuar as melhoras de todas as ações programáticas sem quitar importância a nenhuma, assim aumentaremos a qualidade dos serviços oferecidos a toda a população necessitada, já que a intervenção para os idosos foi um sucesso, todos demonstram satisfação com o atendimento e prioridade do serviço.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Faço parte de um programa do governo chamado PMMB – Programa Mais Médicos Brasil, que tem como objetivos ampliar a rede de saúde aos usuários e estimular e valorizar o profissional da saúde.

Para realizar este programa realizei um curso de especialização que faz parte do PMMB e a proposta era de desenvolver um trabalho (intervenção), no período de três meses para alguma parcela da população (prevenção câncer de colo uterino e mama, pré-natal e puerpério, saúde dos idosos, hipertensão arterial e diabetes e saúde da criança). Para escolher com qual público iria trabalhar, fiz uma pesquisa antes do início da intervenção junto a minha equipe para detectarmos qual grupo precisaria de uma maior atenção, por isso a escolha da saúde do idoso.

A intervenção foi realizada na UBS N31 do bairro Novo Israel, em Manaus. Nossa área tem uma população estimada de 3976 pessoas, que procuram atendimento aqui na UBS. A equipe foi capacitada quanto ao preenchimento dos registros do programa, sobre técnicas e sobre o acolhimento de todos idosos que busquem o serviço. Como resultados, em 12 semanas conseguimos cadastrar e acompanhar 249 idosos ou 95,8% da população idosa. Ao início do trabalho tivemos alguns inconvenientes ou dificuldades que não satisfaz nossas expectativas para o primeiro mês e conseguimos avaliar apenas 95 idosos, mas com o trabalho em conjunto de toda a equipe aumentamos a cobertura com 198 idosos avaliados no segundo mês e ao término ou terceiro, 249.

Dentro das atividades realizadas podemos citar: avaliação dos exames em dia dos idosos, visita aos acamados e com problemas de locomoção, atividades em grupos realizadas na UBS, igrejas que permitiram ações educativas para familiares e cuidadores de idosos, nesses encontros oferecemos dicas de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, conseguimos um local para a prática perto da unidade com professor da escola e participação da equipe, todas as ações passaram a ser monitoradas porque passamos a utilizar os prontuários, fichas espelho (que trazem dados importantes de cada idoso), além das cadernetas do idoso, documento muito importante que sempre deve acompanhar a cada idoso em cada consulta, pois ali encontra-se as informações de todos atendimentos e consultas.

Realizamos a busca ativa dos faltosos, com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, e também ofertamos orientação em saúde. Buscamos também avaliar as necessidades de atenção odontológica, programar a primeira consulta com o dentista, realizamos rastreio de idosos hipertensos ou para diabetes mellitus, realizamos avaliação de redes sociais em dia (essa avaliação serviu para conhecermos as limitações de cada idoso e para podermos assim oferecer integridade a sociedade), a avaliação da rede social possibilitou conversas com os familiares e cuidadores sobre o manejo destas pessoas, além dos cuidados para evitar acidentes na rua e em domicílio.

Com esta intervenção conseguimos a incorporação das atividades a rotina deste serviço. Continuaremos trabalhando com o cadastramento e avaliação de cada pessoa idosa que resida em nossa área. Eu e minha equipe esperamos que os idosos e seus familiares continuem com a procura pelo serviço, trazendo novas ideias para a melhoria do serviço e fortalecendo o vínculo entre equipe e comunidade.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao começo do curso todo era novo, desconhecido com barreiras idiomáticas que dificultam muito o desempenho do aluno, mas com o seu andamento, cada semana foi possível abordar um tema que aumentou os conhecimentos das diferentes doenças e protocolos adotados neste país, conseguimos aperfeiçoar o idioma, conversar com os colegas em diferentes espaços do curso além dos orientadores que apoiaram muito nosso trabalho. O curso reafirmou conhecimentos, abriu novos horizontes tanto para nós como para toda a população, porque trabalhamos com indicações precisas além de estimular a realizar projetos e intervenções em grupos da população com finalidade de buscar a qualidade de vida de todos os usuários.

O mais relevante do curso foi a etapa da intervenção que foi incluída no serviço, uma ação programática que ninguém trabalhava a fundo com ela: conseguimos elevar a qualidade de vida da pessoa idosa, reinserir o idoso no convívio social e a retomada de muitas tarefas abandonadas por eles. Concluímos esta etapa graças ao envolvimento de toda a equipe, com resultados satisfatórios e reconhecimento de toda a população.

Agradeço a formação do curso, e todos os temas que ajudaram a qualificar minha prática profissional, tenho expectativas de continuar o trabalho com outras ações programáticas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2010.

CAMACHO, A.; C.; L.; F. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm**, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

Apêndices

Apêndice A – Dez passos para alimentação saudável



1-Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço, e jantar) e 2 lanches saudável por dia. Não pule as refeições.

2-Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca, macaxeira AIPIM, nas refeições de preferencia aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma natural.

3-Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

4-Coma feijão com arroz todos os dias, pelo menos 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

5-Consuma diariamente 3 porções de leite derivados e 1 porção de carnes, peixes, ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

6-Consuma no máximo, 1 porção por dia de óleos de vegetais ,azeite, manteiga ou margarina.

7-Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo 2 vezes por semana.

8-Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

9-Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. De preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

10-Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

PROCURE UMA VELHICE MAIS SAUDAVEL

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante