

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso, Santana/AP

Miguel Enrique Lopez Rueda

Pelotas, 2015

MIGUEL ENRIQUE LOPEZ RUEDA

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso, Santana/AP

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

Orientador: Pablo Viana Stolz.

Pelotas, 2015.

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R918m Rueda, Miguel Enrique López

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso, Santana/AP / Miguel Enrique López Rueda; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

117 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. Stolz, Pablo Viana, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos aqueles que fizeram que fora possível, assim como a mim família, por sempre ter me apoiado e confiado em mim.

Agradecimentos

Agradeço a minha família pela minha formação, e a nosso país por ter me dado à oportunidade de viver esta experiência, assim como ao país do Brasil por ter nos acolhido como um brasileiro.

Resumo

RUEDA, Miguel Enrique López. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Jardim Paraiso, Santana/AP**. 2015. 116f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

A alta expectativa de vida é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. Existem, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. O fato mais marcante para as sociedades atuais é o aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, pois está impondo mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Optou-se por realizar uma intervenção com o intuito de desenvolver todas as ações possíveis propostas para a população Idosa, atingindo assim uma melhoria significativa dentro da atenção a este setor da população que tanto precisa, pois em nossa UBS detectamos vários pontos críticos como: a falta de uma infraestrutura adequada para desenvolver todos os processos que envolvem a uma UBS, como curativos, o serviço de aerossol, atendimento odontológico e outros, os quais tem grande influência, na saúde da população em geral e especialmente na dos idosos. Neste sentido, nosso objetivo geral com esta intervenção é Melhorar a atenção à saúde do Idoso em nossa UBS Jardim Paraiso, pertencente ao município Santana, estado do Amapá. A mesma foi realizada entre os meses de abril a junho de 2015, onde desenvolvemos ações que contemplaram os quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Assim obtivemos uma cobertura de 23,7% da população Idosa da área correspondendo a 249 usuários. Além disto, proporcionamos uma Avaliação Multidimensional Rápida em dia para 243 idosos (97,6%), realizamos o exame clínico apropriado em dia para 246 idosos (98,8%) e realizamos visitas domiciliar a 46 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção. Além disso, realizamos o registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia para 243 idosos (97,6%), avaliamos 219 idosos (88%) em dia para o risco de morbimortalidade, 223 usuários (89,6%) ficaram com a avaliação para fragilização na velhice em dia e 249 (100%) destes tiveram avaliação de rede social. Esta intervenção foi ótima para o nosso serviço e para a equipe, pois anteriormente à mesma, o trabalho era desenvolvido sem organização das ações e a atenção à saúde estava voltada para o paliativo. Para a comunidade foi maravilhoso, pois tinha muito tempo que os usuários idosos não eram atendidos desse jeito, com uma atenção qualificada, integral e humanizada. Por tudo isso, agora a intervenção forma parte de nossa rotina de trabalho.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção aos Idosos na UBS	71
Figura 2	Gráfico 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	72
Figura 3	Gráfico 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	73
Figura 4	Gráfico 4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados..	75
Figura 5	Gráfico 5: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	77
Figura 6	Gráfico 6: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.	79
Figura 7	Gráfico 7: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	80
Figura 8	Gráfico 8: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	81
Figura 9	Gráfico 9: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	82
Figura 10	Gráfico 10: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	83

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde.
ALCMS	Área de Livre Comércio de Macapá e Santana.
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas.
DANT	Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus.
EAD	Educação à distância.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
HPV	Vírus do Papiloma Humano.
MS	Ministério de Saúde.
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família.
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde.
PCCU	Preventivo Citopatológico de Colo do Útero.
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos.
SAME	Sistema de Agendamento Medica Estadístico.
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	31
2 Análise Estratégica	32
2.1 Justificativa	32
2.2 Objetivos e metas	34
2.2.1 Objetivo geral	34
2.2.2 Objetivos específicos e metas	34
2.3 Metodologia	36
2.3.1 Detalhamento das ações	36
2.3.2 Indicadores	58
2.3.3 Logística	64
2.3.4 Cronograma.....	69
3 Relatório da Intervenção.....	72
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	72
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	74
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	74
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	75
4 Avaliação da intervenção.....	76
4.1 Resultados.....	76
4.2 Discussão	90
5 Relatório da intervenção para gestores	95
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	100
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	104
Referências	106
Anexos.	109

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, da Unidade Básica de Saúde Jardim Paraíso, do município de Santana, Amapá-AP. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um 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 dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três 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 quatro. Na quinta e sexta parte, apresentamos o relatório para o gestor de saúde do município Santana e o relatório para a comunidade que foi atendida da nossa área de abrangência. Na sétima 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.

Procuramos abordar de forma analítica e crítica as ações executadas, sempre observando a resposta da comunidade a nossa investida. Entendendo sempre que toda ação pró-melhoria já deve ser encarada como esforço positivo e implantada como rotina para que o sucesso absoluto e o impacto na rede sejam visualizados.

Esperamos que nosso trabalho sirva de exemplo para outras unidades de saúde e de inspiração para nossos gestores, para que os mesmos invistam mais em projetos que visem potencializar os objetivos propostos pelo SUS.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Equipe Saúde da Família/ Atenção Primária de Saúde (ESF/APS) na UBS Jardim Paraíso, município de Santana onde presto serviço é a seguinte: estruturalmente posso falar que é um local emprestado e adaptado até que se conclua a construção da nova UBS. Segundo informações, a mesma será entregue no final deste ano. Somente temos dois consultórios para dividir entre médicos e enfermeiro. Por este motivo, somente podemos realizar as consulta duas vezes na semana, já que somos mais ou menos dez profissionais para os dois locais. Não temos sala de enfermagem, somente um pequeno local onde as enfermeiras antigamente realizavam o exame preventivo citopatológico de colo do útero (PCCU), mas que agora não é feito há muito tempo por não ter mesa ginecológica, luvas estéreis nem espéculos. Possuímos sala para vacina, sala de espera e um espaço grande que está compartilhado com a recepção e não tem climatização. Também temos um local pequeno para fazer a triagem, dispomos de uma farmácia compartilhada com a sala da diretora da UBS, uma pequena sala para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), temos uma cozinha e banheiros para os usuários. No entanto, o Odontólogo e o técnico de nossa UBS têm que prestar seu atendimento em outra UBS, já que não temos sala de dentista nem cadeiras odontológicas em nossa UBS. De maneira geral, tudo fica organizado e limpo, mas acredito que a nova UBS, está sendo construída com muita qualidade e vai ser muito confortável para os usuários e também para os trabalhadores.

Com relação ao processo de trabalho com a comunidade, segunda-feira de manhã é atenção aos usuários com patologias crônicas não transmissíveis e saúde mental e a tarde é o atendimento a grávidas e puérperas. Na terça-feira de manhã realizamos o atendimento e acompanhamento dos usuários doentes com

hipertensão e diabetes nas suas residências e pela tarde está organizado para atender os usuários com doenças contagiosas e de transmissão sexual, onde realizamos o acompanhamento principalmente de usuários com hanseníases, tuberculoses e com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Na quarta-feira realizamos ações de saúde na comunidade com toda a equipe, onde além do atendimento individual, se realizam atividades educativas, orientações em grupos de risco e palestras sobre temas de saúde importantes como a nutrição, importância do aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para adquirir doenças crônicas.

Na quinta-feira pela manhã, realizamos as visitas domiciliares para os usuários acamados e a tarde fazemos consultas para pediatria e geral. Na UBS tem médico pediatra, não temos ginecologista, temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e se trabalha em equipe. No entanto temos problemas com a rapidez com que o NASF faz os atendimentos das pessoas com necessidade, já que às vezes elas têm que ser encaminhadas até quatro vezes para ter um atendimento efetivo. Também temos problemas com o abastecimento de medicação para as doenças crônicas não transmissíveis e com os medicamentos para tuberculose pulmonar e hanseníase. Apresentamos também, falta de material para curativos. O principal problema de saúde em minha comunidade são as doenças crônicas não transmissíveis, pois apresentamos muita prevalência de hipertensão e diabetes e temos alguns casos em tratamento por tuberculoses pulmonar e hanseníases. Para estes usuários com estas doenças realizamos um cronograma de visitas domiciliares para fazer o controle de foco e para determinar possíveis contatos e atuar com eles.

Fazemos reunião da equipe toda quinta à tarde para discussão dos casos interessantes e para a programação para a próxima semana de trabalho. Até agora o idioma não tem constituído uma barreira para o bom desenvolvimento das atividades de saúde que foram feitas em equipe e individuais, estamos trocando experiência constante com os parceiros de trabalho. A população está feliz com o trabalho que temos feito até agora, e acreditamos que o nosso trabalho contribui para diminuir a morbimortalidade da nossa comunidade e para a troca de experiência como, por exemplo, as qualidades nutritivas do Açaí e o Guaraná e também sobre algumas doenças que não temos em nosso país. Os usuários estão gostando do nosso trabalho, desta nova forma de atendimento da nossa equipe

porque leva mais perto deles o atendimento. Além disso, a nossa equipe gosta muito de conversar com o usuário para tentar promover a saúde com os mesmos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santana é um município brasileiro localizado no sudeste do estado do Amapá. A população estimada é de 108.897 habitantes, em 2013 sendo o segundo município mais populoso de Amapá. Destes, 50.361 são homens (49.76%), e 50.842 são mulheres, correspondendo a 50.24%. Em torno de 97.92% da população é rural e só 2% é uma população urbana. A sua área é de 1577,517 km², o que resulta numa densidade demográfica de 69,03 hab./km²; tem um clima tropical chuvoso e temperatura média de 28°C. Sobre a economia, no setor primário predominam a criação de gado bovino, bubalino e suíno, a atividade pesqueira e a extração da madeira, além da venda de produtos tipicamente nortistas madeira e açai. No setor secundário, Santana mantém sob o seu domínio o Distrito Industrial de Santana, cujo parque sofre constante ampliação. Entretanto, funcionam as empresas Flórida e Equador e também as empresas Reama (que industrializa a Coca-Cola) e Amacel (responsável pela plantação de pinhos e eucalipto), dentre outras. No setor terciário, destaca-se a Área de Livre Comércio de Macapá e Santana - ALCMS, cujos serviços contribuem economicamente para a cidade. Santana limita-se com os municípios de Mazagão, Porto Grande e Macapá. Com relação a sua divisão política, obedece à seguinte divisão: sede do município (Santana), Ilha de Santana, Igarapé da Fortaleza e Igarapé do Lago (PORTAL DA CIDADANIA, 2015).

O município Santana tem um sistema de saúde organizado com um total de dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 30 equipes de saúde da família com atenção de ESF tradicionais, temos também duas equipes volantes, uma terrestre e uma fluvial que oferecem atenção nas comunidades ribeirinhas e para a população rural, temos duas equipes de apoio à saúde da família (NASF) que trabalham em parceria com as dez UBS do município, Santana tem 16 equipes de saúde bucal, um centro de diagnóstico de atenção da saúde da mulher, um centro de reabilitação, uma policlínica de especialidades Dr. Alberto Lima que oferece serviços de urologia, oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia, ortopedia, mastologia e otorrinolaringologia, um laboratório municipal analisa todas as amostras coletadas nas unidades e no centro, mas ainda a demanda continua alta e a data de entrega dos resultados é em torno de 15 após a realização do exame, temos também um

centro de atenção psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), um centro de vigilância em saúde e um hospital municipal com serviço de pronto socorro, ambulatório, internação de pediatria e clínica médica, tem serviço de cirurgia geral e uma unidade de cuidados intensivos com apenas quatro leitos e uma sala de maternidade. Apresentamos dificuldade no município com a disponibilidade de ultrassonografia já que somente pode-se fazer particular ou no hospital com poucas vagas, com relação ao exame de mamografia a situação é pior ainda já que não temos no estado equipamento pronto para a realização deste exame. A atenção básica está baseada no modelo da estratégia da saúde da família e as unidades de saúde funcionam em rede formando o sistema de saúde do município coordenado pela secretaria de saúde. (PORTAL DA CIDADANIA, 2015; BRASIL, 2011).

Das dez UBS do município a nossa é a UBS Jardim Paraíso que está diretamente vinculada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pertencendo à área urbana do município e oferece serviço com três equipes de saúde da família, compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que oscilam entre nove e onze por equipe. Somente uma ESF, a número um tem técnico de saúde bucal que assiste todas as equipes em ações de saúde. Além disso, a UBS conta com uma enfermeira responsável da vacinação, e uma enfermeira que trabalha diretamente na UBS, atendendo os usuários que ficam fora da área de abrangência da unidade de saúde, mas fazem seu atendimento por lá. Também tem um recepcionista, um técnico de farmácia e uma diretora além do pessoal de limpeza e o vigilante. A unidade até o momento não tem vínculo nenhum com instituições de ensino de saúde, mas tem vinculação com escolas de nossa área de abrangência. Somente temos especialista em pediatria que oferecem consulta de segunda a sexta de maneira alternante. As ESF tem conhecimento do território de atuação da UBS e fazem planejamento, programação e implementação das atividades. (BRASIL, 2011).

O principal problema de saúde em minha comunidade são as doenças crônicas não transmissíveis, pois existe muita prevalência de hipertensão e diabetes. Para isso realizamos um cronograma de visitas domiciliares a todos os usuários que tem estas doenças. Todas as semanas os equipes planejam ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de

doenças e danos evitáveis. Além do atendimento individual também fazemos palestras sobre temas de saúde importantes como a nutrição, importância do aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para adquirir doenças crônicas. Também realizamos reunião da equipe todas quintas à tarde para discussão dos casos interessantes e a programação para a próxima semana de trabalho.

Nossa UBS não apresenta uma construção adequada para atender as necessidades de todos os usuários e mesmo dos profissionais que trabalhamos aqui, pois ela se encontra em um prédio adaptado desde o ano 2012 e a prefeitura ainda não entregou a nova UBS que deveria estar pronta há quase um ano. O prédio emprestado possui uma recepção pequena, que não tem colocação de placas de identificação dos serviços existentes nem sinalização dos fluxos. A ventilação é boa na maioria dos ambientes com janelas. A iluminação é boa, os pisos são laváveis com superfícies regulares. Nossa unidade possui sala de recepção, administração e gerência compartilhada com farmácia, sala de espera grande, com cadeiras adequadas, sala de prontuários com segurança, sala de recepção e a triagem, também tem sala de vacina, copa/cozinha pequena, um sanitário para deficiente e outro banheiro para trabalhadores, dois consultórios e não possuímos mesa adequada para exame ginecológico. Também não temos o resto dos ambientes que precisa uma UBS para uma atenção de qualidade, não temos laboratórios, sala de nebulização, sala de procedimentos, sala de ACS, almoxarifado, sala para coleta, sala de curativos, central de material e esterilização, consultório odontológico, sala de utilidades nem sala de reuniões. Até este momento é muito difícil ofertar uma atenção de qualidade para os usuários, já que são muitos os serviços que não fazemos em nossa unidade, o que dificulta nosso trabalho. Não conseguimos realizar os exames ginecológicos que são muito importantes para diagnósticos de muitas doenças, por exemplo, o PCCU, já que não temos cadeira ginecológica nem material como espéculos estéreis. Assim as usuárias são encaminhadas para o Hospital da mulher e este fica com sobrecarga de serviço por esta e outras razões. Também não podemos realizar procedimentos de administração de medicação intravenosa ou intramuscular, nem administração de medicação inalatória já que não existe nebulizador nem rede de oxigênio. Não dispomos de nenhum leito para permanência de usuários em observação, nem consultas odontológicas. Além disso, não se podem fazer curativos por não ter central de esterilização nem material. O

atendimento dos usuários acamados fica muito difícil já que sempre devemos pedir material em outras UBS e no hospital, como sondas vesicais, sutura, bolsas de colostomia e até gaze estéril e apócitos (SIQUEIRA, 2009; BRASIL, 2008).

Nesta unidade trabalham três equipes da saúde da família e temos delimitado a área de atuação de cada um dentro da UBS, utilizando os espaços físicos de uma forma organizada, compartilhada, entre diferentes profissionais. Além do atendimento na UBS, fazemos visitas e consultas domiciliares, atividades educativas dentro das escolas, igrejas, para manter o atendimento de qualidade e superar as limitações estruturais da Unidade. Para ajudar os usuários com os exames de laboratórios, realizamos uma coleta semanal que é encaminhada ao laboratório municipal, mas isto não é suficiente já que demoram mais de 15 dias para que os usuários obtenham os resultados. Existem muitas limitações, mas trabalhamos para fornecer a melhor atenção possível de qualidade. Além disso, temos sensibilizado os usuários para que eles cobrem da secretaria de saúde a conclusão da nova UBS. Como melhorias estruturais em nossa UBS devemos inserir a identificação de placas de dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa cozinha e banheiros para assim manter a salubridade dos ambientes da UBS (SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Em relação às barreiras arquitetônicas, nossa UBS tem ausência de rampas e corrimãos que não permite maior acessibilidade possível aos indivíduos idosos e portadores de deficiência com segurança, também não são adequadas as calçadas e área próxima à UBS, não possuímos cadeira de rodas. Como ponto positivo é que dispomos de um banheiro para pessoas com deficiências (SIQUEIRA, 2011).

Para superar estas dificuldades, sempre que possível realizamos a atenção domiciliar para ofertar um atendimento qualificado, garantindo a entrega dos seus medicamentos. Estes usuários também são visitados pelo NASF, que realiza um relatório para a Secretaria de Saúde Municipal expondo o aumento da demanda de usuários com doenças crônicas produto de envelhecimento populacional, para que qualifiquem a estrutura de nossa UBS que ainda esta em reforma para garantir as normas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

Quanto ao sistema de manutenção e reposição de equipamentos e revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balança não existe nem na UBS nem no Município e depende de serviços privado. Contamos com um esfigmomanômetro

para os dois consultórios uma peça de adulto e uma de criança, para solucionar, mas todos os profissionais têm estes equipamentos de nossa propriedade para contribuir na qualidade da atenção. Com relação aos medicamentos que segue as recomendações para o elenco de Referência Nacional, Medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), em nossa UBS não têm a maioria e os que temos não é suficiente, o que dificulta os atendimentos e gera desconforto na população. Por exemplo, só temos dois Hipotensores (Captopril e Propanolol), às vezes temos hidroclorotiazida, não temos medicamentos para a Epilepsia, Hiper e Hipotiroidismo, para diabetes às vezes não temos Glibenclamida, somente Metformina de 850 e Insulina NPH. Além disso, faltam muitos outros, e os usuários tem que comprar em farmácia, onde muitos são idosos, deficientes ou com baixa renda. Tudo isto é de conhecimento da Secretaria de Saúde, que alegam que esta dificuldade está em via de solução. Sempre procuramos prescrever aqueles medicamentos existentes na UBS e também a medicina natural, baseada em nossos conhecimentos sobre os efeitos terapêuticos de determinadas plantas. Em relação ao programa de vacinas todas existem e se cumpre com o programa de vacina a idoso e nas escolas, criança, gestantes. Em nossa UBS, devido a sua estrutura física não realizamos atendimento de urgências. Não temos internet e como também não temos computadores, nem acesso a material bibliográfico na UBS o que dificultou muito nossos primeiros atendimentos por não ter os protocolos do Brasil, mas com nosso esforço já deixou de ser uma dificuldade.

Temos um território adstrito e sobre o mesmo realiza-se o planejamento e a programação das ações; todas as equipes tem feito o cadastro com identificação da população de risco. As ESF de nossa UBS trabalham com uma população delimitada (até quatro mil pessoas) e considerando a premissa da interdisciplinaridade, a utilização dos espaços físicos deve ser pensada de uma nova forma, superando, na organização do processo de seu trabalho, a lógica de espaços exclusivos e permitindo a utilização dos mesmos de forma compartilhada, entre diferentes profissionais e atividades. O número de equipes/tamanho das equipes em minha UBS é adequado ao tamanho da população em nossa área de abrangência, porque temos uma população de 10.500 segundo último cadastro realizado durante a intervenção, onde trabalham três equipes de saúde da família, cada equipe tem entre nove e dez ACS e eles realizam as ações previstas pela equipe em sua micro área sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011).

Temos áreas que ainda não são cadastradas e áreas que ficam como áreas descobertas. O Auxiliar e o Técnico de Enfermagem participam das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. O enfermeiro da Estratégia, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comum a qualquer enfermeiro da atenção básica, coordena e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS. Realiza consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, consulta de gestante, solicitação de exames complementares, coleta de Papanicolau ou Preventivo do Colo Uterino (PCCU), prescrição de medicações e encaminhamento do usuário quando necessário para avaliação médica. Em relação às equipes de apoio, só temos pediatra e o agendamento de consulta para esse profissional é realizado em caso de criança com patologias complexas, com desnutrição e puericultura. O mesmo atende de segunda a sexta em diferentes horários. Também temos Psicólogo que atende os casos referenciados pelo médico da família. Nossa equipe não cumpre com todas as funções, já que não dispomos do serviço de odontologia nem de demanda espontânea e os profissionais não acompanham os usuários para os serviços de urgência (BRASIL, 2011; BRASIL, 2008).

Em relação a minha equipe acho que cumprimos com as diretrizes do programa, pois estamos realizando o cadastramento de nossa área de abrangência com acompanhamento das crianças, das gestantes; todos participam da busca ativa das pessoas com doenças transmissíveis. Nossa equipe faz reunião semanal, que conta com a participação de todos os integrantes, onde analisamos o trabalho da semana anterior e organiza-se o da semana seguinte. A distribuição da população por sexo e faixa etária de nossa área de abrangência é muito semelhante à distribuição estimada com base na distribuição brasileira com predomínio de jovens e adultos jovens com tendências ao aumento das pessoas adultas e idosas, pelo aumento da expectativa de vida reflexo do desenvolvimento do país e da melhoria da saúde da população.

Depois da leitura do Manual do Ministério da saúde 2011, "Acolhimento A Demanda Espontânea, Caderno da Atenção Básica, nº 28 capítulo um, dois e três" e o "Questionário de Processo de trabalho Atenção á Demanda Espontânea", posso dizer que a demanda espontânea em nossa UBS é pouca porque a população de

nossa área de abrangência conhece as limitações da unidade. Existe uma predominância da nossa população que é ribeirinha, e também do interior das Ilhas, que não tem cobertura médica e são atendidos pelo médico que se encontra na UBS naquele momento (BRASIL, 2011).

Até o momento não precisamos de nenhuma estratégia para lidar com excesso de demanda. O acolhimento é feito primeiro na recepção, e depois se precisar da equipe, este é feito conjuntamente com a enfermeira é a técnica de enfermagem. O acolhimento mesmo é feito pela equipe de referência do usuário e a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os mesmos as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. É assim que os usuários com atividades agendadas, ou da rotina da unidade são recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção. O usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele e é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Todos os membros da equipe trabalham e cumprem com os protocolos de risco orientando a nossa população para a solução de suas queixas oportunamente sempre que seja possível em nossa mesma UBS (BRASIL, 2011).

O número de crianças menores de um ano em nossa área é de 192 e fica abaixo da média nacional, pois segundo o caderno de ações programáticas, deveríamos ter 451 crianças. Acredito que nossa cobertura é boa embora que, ao preencher o caderno, ficou abaixo de 43%, mas estes dados não conferem com nossa realidade porque nós temos controle de 100% das crianças de nossa área de abrangência. Esta baixa cifra pode ter alguma relação com o trabalho que estamos fazendo nas escolas para prevenção de gestação em adolescente e apoio a saúde reprodutiva em nossa área. Também não posso afirmar que sejam os dados reais da população, já que temos muita população em movimento por ser uma cidade com porto, onde muitas mulheres têm seus filhos aqui e depois vão embora para seus povos. Em minha opinião acho que temos bons indicadores porque temos 79% das crianças com consultas em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, e 21% delas têm atraso da consulta em mais de sete dias, 100% têm feito o Teste do pezinho e Triagem auditiva, 100% recebeu orientação para aleitamento materno e

prevenção de acidentes, 100% tem as vacinas em dia, tudo isto é devido ao trabalho desenvolvido por toda a equipe conjuntamente com os três pediatras que trabalham na UBS. Eles realizam junto a nossa enfermeira as puericulturas de todas as crianças, fator que contribui favoravelmente a atenção.

Ainda temos que melhorar a assistência à consulta na data programada e atendimento odontológico, este último esperamos que melhore quando entre em funcionamento nossa UBS com todos os serviços. Para melhorar os outros indicadores temos que seguir trabalhando com a parte educativa desde a atenção pré-natal e em nossas visitas domiciliares. Apresentamos dificuldade para registrar estas ações, pois não contam com um registro específico. No entanto, depois que a equipe percebeu esta dificuldade, se criou um registro adequado, mantendo sempre atualizado.

Examinando o questionário preenchido, acreditamos como já comentei antes, que devemos trabalhar, mas a parte educativa, porque ainda temos mães que não percebem a importância da puericultura com todas as ações que se derivam da mesma, o seguimento do desenvolvimento da criança, diagnóstico precoce de doença entre outras e continuam com falta nas consultas, não cumprem com as indicações médicas para a alimentação ou prevenção de acidentes, aspectos observados por nós em visitas domiciliar. Porém temos ainda que encontrar um método mais efetivo para conseguir que a informação chegue com maior clareza às mães e a toda família. Para melhorar o aspecto da periodicidade e cumprimento das consultas fazemos busca ativa das mães faltosas mediante visitas domiciliares apoiados nos ACS. As informações sempre são dadas, mas não são bem compreendidas porque ainda podemos encontrar problemas relacionados às mesmas.

Outro aspecto é atenção odontológica que ainda não dispomos deste serviço e temos que encaminhar para outras unidades e nem sempre são atendidos ou existe muita demora. Grande parte disso acontece porque na nossa UBS temos assistência pediátrica (três Pediatras) e até agora eles se encarregavam de fazer as consultas de puericultura. Estamos tentando mudar este conceito fazendo uma agenda para cada médico Clínico geral que labora na UBS, e somente encaminhando as crianças que apresentam alguma intercorrência. Além disso, participamos do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas; também do processo de educação permanente em saúde; realizando

visitas domiciliares e participando de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe. Orientamos as famílias sobre a necessidade de ter a vacinação ao dia conforme o estabelecido contribuindo para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2012).

Em nossa UBS temos garantido de forma organizada a atenção pré-natal, através do mapeamento com identificação das gestantes com atualização contínua de informações dos registros na UBS. As folhas de atendimento individual e coletiva, cartão da gestante, cartão de vacinação e preenchimento do SIS Pré-natal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), oferece os dados que se precisam para avaliar a qualidade do atendimento pré-natal. Os mesmos mostram o número de consultas, os exames e resultados dos mesmos, as principais intercorrências durante a gravidez e como foram atendidas além da conduta da equipe. Atualmente temos 87 gestantes, resultando 27% de cobertura a partir da estimativa nacional. No entanto segundo o Caderno de Ações Programáticas deveríamos ter 320 gestantes.

Estes dados são uma estimativa nacional e não um reflexo de nossa realidade porque nossa equipe tem um trabalho sistemático com a atualização dos dados, porém acho que nossa cobertura é de 100% na área que corresponde a minha equipe, mas eu não posso assegurar que estes dados sejam fidedignos da nossa área, embora sejam estes os dados de registro de gestantes da UBS. Um dos principais problemas que temos detectado é a saída de algumas gestantes que moram na nossa área e fazem seu atendimento pela área onde mora a mãe ou a sogra delas, pertencentes a outras áreas de abrangência. Além disso, também temos muita população que circula pela nossa comunidade já que Santana é uma região ribeirinha em grande parte (BRASIL, 2012).

Com relação aos indicadores de qualidade da atenção ao Pré-natal, podemos descrever que todos aqueles que dependem da atuação da equipe são bons, pois temos 100% de captação no primeiro trimestre da gestação, o total de consultas oferecidas as grávidas permanece de acordo com o preconizado, 100% das grávidas tem as suas consultas em dia, às consultas se planejam mensalmente até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de

recomendação D). Não existe alta do pré-natal e quando o parto não ocorre até a 41ª semana, se encaminha a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Temos 100% de gestantes com indicação de exames na primeira consulta e 100% com as vacinas do programa em dia.

Agora temos dificuldades com o acompanhamento odontológico e ginecológico porque não contamos com estes serviços em nossa UBS e temos que encaminhá-las para outras unidades e nem sempre as gestantes cumprem com esta indicação manifestando diferentes motivos como demora no atendimento, falta de vagas, tampouco obtivemos contra referência de parte de ginecologista. Estas dificuldades são conhecidas e já foram informadas para a secretaria de saúde há muito tempo, a mesma afirmou qualificar o serviço a partir da entrega da nova UBS. Todas as ações encontram-se devidamente planejadas e estão estruturadas de forma programática, ou seja, meu serviço adota um protocolo para a atenção as grávidas e tudo fica devidamente registrado, realizando monitoramento regular destas ações. Oferecemos uma atenção à saúde da gestante de qualidade o que garante a adesão da população às ações propostas.

A qualidade dos registros é adequada, já que as folhas de atendimento individual e coletiva, cartão da gestante, cartão de vacinação e o preenchimento do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-natal), mostram todos os dados que se precisam para avaliar a qualidade deste atendimento (BRASIL, 2012).

Falando do puerpério acho que a cobertura de consultas é baixa (20%) quando comparamos com os dados da estimativa, embora acredite que não são os dados de nossa realidade. Tivemos 192 partos nos últimos 12 meses com 92 puérperas atendidas representando 47,91 %. Isto se justifica, pois a maioria das puérperas permanece fora de nossa área de abrangência, dificultando para a equipe realizar o acompanhamento destas, embora todas tenham sido orientadas sobre a importância deste seguimento durante todo o pré-natal. A instituição não conta com um registro adequado para estas puérperas, e outro problema é que a população da nossa área de abrangência apenas comparece a UBS para fazer o pré-natal e logo após o parto voltam para as comunidades ribeirinhas onde realmente elas moram, ficando muito difícil o seguimento das puérperas.

Acho que atenção ao puerpério que fazemos tem boa qualidade porque 100% foram atendidas antes dos 42 dias, com orientação sobre cuidado do recém-nascido e cuidado das mamas, alimentação. Só não realizamos o exame ginecológico por não ter condições na UBS nem nas casas das usuárias. Nossa equipe pretende reordenar a forma de fazer um atendimento de qualidade no puerpério com objetivo de elevar este importante indicador de saúde, através das seguintes ações: visitas domiciliares durante o período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento materno; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos de grávidas com ênfases naquelas que estejam próximas ao parto; realizar busca ativa das puérperas faltosas; realizar registro geral das puérperas da UBS em geral e fazer a captação da puérpera o mais precoce possível (BRASIL, 2012).

Quando avaliamos o processo de trabalho, achamos que devemos melhorar em alguns aspectos de forma a contribuir para ampliar a cobertura a qualidade da atenção ao pré-natal em minha UBS, como a atenção odontológica que ainda não está garantida com qualidade assim como atenção ginecológica, também não temos mesa de exame ginecológico. Outro aspecto é alcançar 100% das gestantes de nossa área fazendo a atenção ao puerpério em nossa unidade embora permaneça fora da área, conseguindo que assista a consulta programada.

Resumindo nossa equipe solicita exames complementares e orienta o tratamento, caso necessário, prescreve medicamentos padronizados para o programa de pré-natal sulfato ferroso e ácido fólico; avalia e trata as gestantes que apresentam sinais de alarme; atende as intercorrências e encaminha as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrico, caso seja necessário; orienta a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); orienta as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; realiza exame clínico das mamas e coleta para exame cito patológico do colo do útero; identifica as gestantes de alto risco e as encaminha ao serviço de referência; realiza testes rápidos; desenvolve atividades educativas individuais e em grupos; busca as gestantes faltosas a consulta; realiza visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal; acompanha o processo de aleitamento e orienta a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar; orienta os principais cuidados a ter com o bebê; trata qualquer doença que possa acontecer na mãe neste primeiro período do puerpério até os 42 dias.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, nossa UBS não realiza prevenção do câncer do colo uterino, através da coleta de exame, também não existe nenhum tipo de registro específico para este exame já que não existe registro do seguimento destes indicadores. Somente existe para as usuárias que neste ano tem feito o PCCU, mas não se conhece o resultado destes. Assim não temos maneira alguma de avaliar os indicadores de qualidade relacionados ao câncer de colo e de mama, programa este que hoje não tem funcionalidade em nosso município, já que não existe equipamento para mamografia e desta maneira, aquelas usuárias suspeitas da doença não realizam a mamografia preventivamente, como sugere o programa. Além disso, não conhecemos percentual de cobertura de prevenção de Câncer de Colo de Útero, porém isto não significa que seja zero ou que não trabalhamos com a prevenção porque até que seja entregue nossa UBS com todos os serviços estes exames são realizados em outras UBS e no Centro de Diagnóstico da Mulher.

Em nossas visitas domiciliares e consultas, mantemos vigilância e indicamos o exame quando é preciso, e fazemos o registro do resultado no prontuário das usuárias e caso que apresente alguma alteração, são encaminhadas ao Centro de Diagnóstico da Mulher onde são avaliadas por um ginecologista. Também mantemos educação constante deste tema, um bom exemplo é a campanha de vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) que alcançamos mais de 95% de cobertura em nossa área com o trabalho educativo de pais nas escolas. Mas ainda não podemos falar que podemos conseguir os objetivos SUS para este programa, de aumentar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, tampouco podemos falar de indicadores da qualidade pela falta de prestação deste serviço e falta de registro em nossa UBS (BRASIL, 2013).

Examinando o questionário preenchido sobre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em nossa UBS é muito difícil, partindo de que em nossa UBS não oferta este serviço. O que podemos refletir que contribuiria na melhorar este programa, a partir da leitura do Caderno de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama de 2013 seria: Fazer um registro das mulheres cadastradas de 25 a 64 anos com verificação do exame e conseguir que o maior número de mulheres tenha seu exame ao dia priorizando

aquelas de maior risco, assim como devemos fazer identificação de risco para esta doença; fazer um registro de resultados de exame; garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno; garantir os encaminhamentos para a unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora; manter a educação constante da população garantindo o acesso à informação sobre o tema. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer.

As ações de saúde desenvolvidas pela nossa equipe tentam fazer mudanças nos hábitos e estilo de vida dos usuários, para isso faz campanhas que falam sobre a necessidade de diminuir o hábito de fumar, que é a regra mais importante para prevenir o câncer, uma alimentação saudável, fazer atividade física pelo menos 30 minutos ao dia leve ou moderado. A atividade física protetora consiste na iniciativa de se movimentar, de acordo com a rotina de cada um. Falamos também da importância de proteger-se com camisinha durante a prática de atividades sexuais.

Para não perder o seguimento de mulheres com exames alterados estamos mantendo o seguimento em consulta e visitas domiciliares com adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico e registro de toda a evolução em prontuário.

Em relação ao Controle do Câncer de Mama, em nossa UBS, não temos registros de controle do Câncer da Mama. Por isso também não posso falar de avaliação de cobertura de controle de Câncer de Mama nem de indicadores de qualidade. Examinando o questionário preenchido os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama, conforme ao descrito no Caderno de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama de 2013 seria: Realizar ações que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle dos fatores de risco e amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas; fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da Mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama organizar o rastreamento das mulheres de 40 a 69 anos garantindo o exame clínico das mamas uma vez por ano e não de forma casuística registrando o mesmo em o prontuário; realizar o registro de todas as informações do programa e garantir o encaminhamento para diagnóstica confirmação quando seja preciso; realizar o

diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada; garantir que toda mulher com câncer de mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado mantemos, visita domiciliar e consultas programadas com registro no prontuário de toda a evolução da doença. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Por isso nossa equipe trabalha para incrementar as ações preventivas e de promoção como uma estratégia de trabalho.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é muito baixa em comparação com as estimativas do caderno, até agora temos 762 usuários com diagnóstico e em controle embora eu não possa afirmar que seja a realidade de nossa área de abrangência, porque acredito que devem existir muitas pessoas que não procuram atendimento por esta doença, porém sempre mantemos nossa pesquisa compulsiva nas vistas domiciliares e nas consultas, mantendo ações educativas com a população sobre o tema com ênfases nos estilos de vida saudável para aprender a reconhecer os sintomas.

Acreditamos que nossa cobertura é baixa, com 20% em comparação com os números do caderno, no entanto nossa realidade está muito distante desses números, pois sabemos que existem pessoas que têm a doença, mas não procuram atenção médica. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que posso avaliar estão bons, o resto é impossível falar porque não temos registros que nos permitam fazer isto, mas posso afirmar que para todos os indivíduos com HAS realizamos a evolução de risco cardiovascular assim como todas as orientações sobre ter uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool que são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013).

Examinando os questionários preenchidos, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS, é a existência do registro geral de controle desta doença que permita avaliar qualidade da atenção e medir cobertura. Nesse momento em nossa UBS, cada equipe tem um registro de HAS onde fica a programação de visitas, mas as demais informações ficam no prontuário do usuário. Também não temos um grupo que realize planejamento e controle específico desta doença, mas estamos tentando fazer. Já fizemos um relatório desta situação para a diretora da UBS onde fizemos a proposta da formação deste grupo.

Outra doença crônica muito prevalente em Brasil é a Diabetes Mellitus a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área é muito baixa em comparação com as estimativas do caderno, pois até o momento temos 261 usuários com diagnóstico e em controle, embora eu não possa afirmar que seja a realidade de nossa área de abrangência porque acho que devem existir muitas pessoas que não procuram atendimento por esta doença. Por isso a cobertura ainda encontra-se muito fraca e eu acho que não se trata de falta de recursos materiais e humanos, mas sim a baixa taxa de diagnóstico, e a falta de conhecimento da população a respeito da doença. Os poucos indicadores da cobertura que hoje são desenvolvidos, em relação ao atendimento das principais doenças crônicas, são satisfatórios, já que estes foram calculados com o grupo que hoje está recebendo a atenção de saúde de qualidade e que neste momento encontrasse cadastrado. No entanto ainda falta um grande grupo que não tem diagnóstico e que por razões desconhecidas para nós, não estão recebendo o devido tratamento nem ações de saúde nenhuma, pelo que temos que trabalhar fortemente no resgate destes usuários que a maioria das vezes nem conhecem que sofrem de HAS ou DM (BRASIL, 2013).

Salientamos que sempre mantemos nossa pesquisa compulsiva nas visitas domiciliares e nas consultas, mantendo a educação para a população sobre o tema com ênfases em estilos de vida saudável e como identificar os sintomas. Alguns pontos importantes no planejamento de nossa assistência são: abordar/orientar sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo); percepção de presença de complicações; uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses,

horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença; uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia; solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local; quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais.

Os indicadores que posso avaliar estão bons, pois realizamos a avaliação de risco cardiovascular, exame dos pés a sensibilidade e todas as orientações sobre a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, como estabelecido no protocolo de atendimento desta doença. Examinando o questionário preenchido, os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Diabetes Mellitus (DM) em nossa UBS. Posso citar a realização de um registro geral de controle desta doença que permita avaliar a qualidade da atenção e medir a cobertura, por agora em nossa UBS cada equipe tem um registro de DM onde fica a programação de visitas, o resto das informações fica no prontuário do usuário. Proporemos a criação de um grupo que realize o planejamento e o controle específico da HAS e da DM.

Foi entregue a coordenadora da unidade um relatório desta situação com proposta da formação deste grupo mostrando como exemplo a forma de controle feita em nosso país, Cuba onde o controle é realizado com seguimento pelo médico da atenção primária em parceria com especialistas de Clínica, oftalmologista e endocrinologista, sendo protocolado que todo usuário portador destas doenças deve ser avaliado a cada 4 meses, seja em seu domicílio ou em consulta. Assim como manter a vigilância de todos os fatores de risco e as interconsultas com os outros especialistas, e no caso DM, na primeira consulta solicitar uma avaliação por um endocrinologista (BRASIL, 2013).

Outra situação que acontece nos países com bom desenvolvimento é a alta expectativa de vida. A mesma é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. O Brasil já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012), isso é uma população envelhecida que tem doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de

sua autonomia. Isso carrega uma responsabilidade ainda maior para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Para a avaliação das pessoas idosas somente contamos com os registros feitos por nossos ACS que às vezes não tem informações suficientes e não é o completo reflexo da realidade.

Nossa UBS não faz uso da Caderneta de Saúde da pessoa Idosa, e não temos como conhecer se realizamos a avaliação dos indicadores de fragilização na velhice. Além disso, o atendimento da saúde bucal é muito ruim mesmo, já que não temos esse serviço na nossa UBS e para os Idosos é muito difícil movimentar-se até outra área de abrangência para receber atenção odontológica (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Temos em nossa área de abrangência da nossa equipe, aproximadamente 1050 pessoas com mais de 60 anos, conforme estimativa de 10% da planilha de coleta de dados da especialização. No entanto, apresentamos uma cobertura pequena para essa quantidade de usuários, dadas às dificuldades, de ainda não possuímos o cadastramento na sua totalidade da área. Acreditamos que temos uma fuga em nossos registros, pois contamos com dez ACS, quatro há mais segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Devemos melhorar o sistema de registro e cadastrar totalmente a nossa área de abrangência, mediante a criação de um registro padronizado e com as características solicitadas pelo MS, assim como implementar o preenchimento da caderneta do Idoso em nossa UBS. Também acredito que este resultado pode não ficar muito longe da realidade, já que Santana é uma cidade em pleno desenvolvimento e tem muito trabalho para pessoas jovens nos portos e nas empresas, por isso acredito que nesta cidade a distribuição demográfica predomine mais para o setor mais jovem da população (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; BRASIL, 2006).

A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa em nossa UBS não fica em zero, mas sim têm que melhorar ainda mais. Os idosos que melhor atendimento recebem são aqueles que sofrem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, pois tem um seguimento periódico através da participação nos grupos que são realizados quatro vezes ao mês para diabéticos e hipertensos, além do cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (HIPERDIAS) e de ter também as visitas domiciliares que a nossa equipe realizada para as pessoas com

doenças crônicas. Todos os idosos que tem atendimentos em nossa UBS recebem orientações sobre hábitos alimentares, cuidados para a pessoa idosa, exame de avaliação multidimensional, acompanhamento dos usuários idosos que tem hipertensão e diabetes com avaliação do risco para morbimortalidade, risco de acidentes e como preveni-los.

No entanto ainda falta incrementar mais o trabalho com os usuários idosos sem nenhuma doença crônica diagnosticada, que muitas precisam ter uma maior participação na sociedade. Para isso é imprescindível existir uma forma de oferecer uma maior participação dos mesmos em nossas comunidades, fortalecer a prática de exercícios físicos, ter grupos de pessoas idosas, casas de alimentação e recreação onde a pessoa idosa possa compartilhar com outros de sua mesma idade para ter uma recreação sã, prevenindo assim a depressão que acontece com frequência nessa idade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Temos que trabalhar com a implementação da caderneta da pessoa idosa, além ter um atendimento de saúde bucal para eles, situação esta que temos esperanças que melhore com a nova UBS. Outro indicador a melhorar é a investigação da fragilização na velhice para estabelecer os grupos de risco dentro desta população para poder trabalhar com um enfoque de risco para os principais fatores incidentes. Para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos, nossa equipe tem planejado as seguintes normativas: verificar a realidade do cadastramento em nossa área de abrangência; programar a caderneta da pessoa Idosa em nossa UBS; garantir a vacinação da população na faixa de 60 anos e mais contra a influenza; programar grupos de Idosos em parceria com o nutricionista NASF e preparador Físico pelo menos duas vezes ao mês; trabalhar em parceria com o CAPS para programar uma consulta para oferecer atendimento aos idosos com síndrome depressiva e outras doenças mentais; atendimento geriátrico e gerontológico ambulatorial; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas; reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa na unidade de saúde; instituição de prestação de serviço, ofertada por equipe multidisciplinar, preferencialmente com formação em saúde do idoso e envelhecimento, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação do usuário e os benefícios adicionais

para o cidadão e o sistema de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; SAYEG 2006; PAPALÉO NETTO 1996).

Atualmente em nossa UBS temos atendimento prioritário para estas pessoas, tanto na unidade quanto no domicílio pelo médico geral e todos os profissionais do NASF, que também realizam tratamento no domicílio, fazendo ações de educação em saúde da família sobre prevenção de acidentes e supervisão de tratamentos.

Finalizando, os maiores desafios que apresentam minha UBS são conseguir fazer todos os registros dos diferentes programas de forma que permita o planejamento como o controle dos mesmos. Também avaliar os indicadores, porque sem este controle é impossível avaliar nosso trabalho nem conhecer a realidade da população de nossa área de abrangência. Além disto, temos que conseguir estabelecer todos os serviços e completar todas as equipes, fomentar a formação dos conselhos de saúde comunitária e conseguir que seja entregue nossa nova UBS com todos os equipamentos e estrutura requerida para dar uma atenção de qualidade à população. Ainda temos muito a fazer, mas hoje temos uma importante ferramenta nas mãos, que é a análise detalhada da situação de saúde da nossa área, o que contribuirá ao desenvolvimento do trabalho, encaminhado aos setores mais necessitados. Destaca-se que os melhores recursos que temos são os nossos trabalhadores, que muito mais acima de qualquer problema, mantêm os esforços em oferecer um serviço de saúde gratuito e de qualidade para a comunidade.

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

Agora quando comparamos o texto inicial em resposta à pergunta “Qual é situação da ESF/APS em nosso serviço?”, ficamos surpresos em como depois de várias semanas de trabalho e estudo, nos sentimos hoje muito melhor preparados para enfrentar a situação de saúde em nossas comunidades, pois temos melhor domínio do idioma e das debilidades da nossa população e conhecemos onde ficam as principais questões com as que temos que trabalhar para alcançar uma saúde de excelência. Tenho certeza que apesar da quantidade de coisas que temos que fazer, com a participação de nossa equipe os trabalhadores da UBS e o apoio da comunidade, prefeitura e secretaria de saúde, é possível modificarem esta situação e concretizar esse sonho de uma melhor saúde comunitária para o povo brasileiro.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A esperança de vida alta é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. Existem, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; SAYEG 2006; PAPALÉO NETTO1996).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006 Pag.8).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas à comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de

forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2010).

Do total da população da nossa área, que é de 10500 habitantes, temos com mais de 60 anos 1050 idosos, segundo a estimativa de 10% da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa em nossa UBS não fica em zero, mas têm que melhorar ainda mais, pois os idosos que melhor atendimento recebe são aqueles que sofrem de doenças crônicas como hipertensão (42%) e diabetes (21%). Eles têm um seguimento periódico, assim como participam nos grupos que são realizados quatro vezes ao mês para diabéticos e hipertensos, além do cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde que são doenças que a imensa maioria deles sofre, assim como as visitas domiciliares que a nossa equipe faz para as pessoas com doenças crônicas. A grande maioria dos idosos que tem atendimentos em nossa UBS recebem orientações sobre hábitos alimentares, cuidados para a pessoa idosa, assim como o risco de acidentes e como preveni-los, mas acreditamos que ainda falta incrementar mais o trabalho com os usuários idosos sem nenhuma doença crônica diagnosticada, que muitas vezes tem doenças subclínicas e outras vezes precisam ter uma maior participação na sociedade.

As principais dificuldades e limitações existentes encontram-se pela desatualização do cadastro da população aqui neste município e a realização de exames complementares periódicos, devido o excesso de demanda deste serviço, além de não ter laboratório em nossa UBS. A prescrição de medicamentos também é uma dificuldade, já que na maior parte do tempo os insumos são insuficientes e muitas vezes não dispomos de todos os medicamentos preconizados. Com relação à saúde bucal dos idosos, infelizmente é muito complicado de executar, já que não temos equipe odontológica nem cadeiras odontológicas para fazer o atendimento. Além disso, a demanda odontológica é muito elevada e não realiza planejamento de prioridade alguma para este setor da população, sem contar com a falta de recursos materiais. Além destes, também não dispomos da Caderneta de Saúde da pessoa

Idosa, e desta maneira não temos como conhecer se o atendimento fica em dia ou não e se estamos realizando a avaliação dos indicadores de fragilização na velhice.

Acredito que nossa intervenção vai ser de muita utilidade para os idosos de nossa área de abrangência, pois apesar de oferecermos atendimento aos mesmos todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, este não é suficiente, já que a maioria deles não gosta de movimentar-se até a nossa UBS, devido à distância ou porque moram sozinhos. Também temos idosos que moram fora de nossa área de cobertura, dos quais ainda não criamos mecanismo para identificá-los. Assim queremos que todas as ações programáticas sejam desenvolvidas com o objetivo de garantir o cuidado integral dos idosos, melhorando a qualidade de vida dos mesmos fazendo que eles sintam-se úteis para com a sociedade.

Acreditamos que esta nossa intervenção vai oferecer um resultado muito bom, já que contribuirá para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo de nossa intervenção.

Para concluir pode ser lembrado, por extremamente oportuno, o dito de Beauvoir, 1976, sobre o tema do envelhecimento humano: “Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem sermos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso, Santana/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde.

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

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Paraíso, no Município de Santana estado Amapá. Participação da intervenção aproximadamente 1000 pessoas maiores de 60 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações.

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

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Acolher os idosos. **Detalhamento:** Este acolhimento será realizado todos os dias na UBS e nos dois turnos de trabalho. Os encarregados serão as pessoas que fazem a triagem em nossa UBS, neste caso as técnicas de enfermagem das equipes que encaminharão o idoso para o serviço que precise nesse momento, depois de classificados os mesmo pela escada de prioridade e de ter localizado o prontuário e a ficha espelho do mesmo.

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

Detalhamento: Nossa equipe vai fazer uma atualização do cadastro dos idosos através dos ACS em cada uma de suas áreas, com uma atualização trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Detalhamento: Esta ação vai ser acompanhada pela enfermagem em conjunto com os ACS quinzenalmente, onde irão avaliar e atualizar o preenchimento da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa pertencentes a nossa unidade de saúde, até atingir o 100% de cobertura proposto na meta.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos em realizar o acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. O médico, enfermagem e os ACS em conjunto farão palestras, visitas domiciliares e dinâmicas grupais semanalmente, com o objetivo de aumentar o domínio sobre este tema na comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, com o objetivo de melhorar o acolhimento para que este seja o mais natural e fluido possível, atendendo as necessidades dos usuários.

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

Detalhamento: Estas capacitações vão a ser feitas pelo médico e a enfermeira, e as mesmas acontecerão mensalmente. Os temas serão sobre atualização do acolhimento, busca ativa dos idosos, fluxograma de riscos, estratificação dos usuários pela classificação de cores e outros temas de inteiros.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde Jardim Paraíso município santa estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão da responsabilidade do médico e da enfermagem, quem vão garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Além disso, estabeleceremos semanalmente quais atividades serão feitas por cada um dos integrantes da equipe. Todos os ACS vão ser responsáveis pelo preenchimento dos dados iniciais das fichas espelhos de seus idosos, assim como participarão na maioria das avaliações multidimensionais realizadas pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem vão a fazer a revisão mensal dos prontuários e das cadernetas dos idosos visitados e nas consultas, para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e a atualização das mesmas. Também esta avaliação será preenchida dentro das fichas espelhos dos idosos, anexando a mesma a cada prontuário na primeira consulta que este receber.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS em conjunto farão grupos de idosos, onde ofereceremos aulas para a comunidade falando da importância destas avaliações, esclarecendo aos usuários e seus familiares que a mesma é um direito que eles têm e que deve ser feita com periodicidade. As mesmas serão feitas mensalmente no âmbito da UBS em escolas, igrejas e clubes.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

Detalhamento: Estas ações vão ser feitas pelo médico e outros profissionais do NASF, onde faremos ênfases na aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e sobre o encaminhamento dos casos que necessitem de avaliações pelo especialista, conseguindo assim que toda a equipe tenha um maior conhecimento dos parâmetros para identificar os problemas destes usuários. Todas estas informações serão preenchidas na ficha espelho.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem definirão semanalmente as atividades que serão realizadas pelos membros da equipe. O médico e o pessoal da triagem, além de aqueles envolvidos no acolhimento inicial, garantirão a realização do exame clínico completo, incluindo a estratificação do risco (Índice de Framingham e as lesões de órgãos alvos), assim como a presença de alterações nos pés, fragilidade na velhice, e as orientações feitas. As mesmas serão registradas na ficha espelho.

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem detectarão semanalmente os idosos que não realizaram o exame clínico e os ACS farão a busca ativa dos mesmos.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades u outros problemas que precisem ser avaliados pelo especialista.

Detalhamento: O médico e a enfermagem em conjunto com o gestor de saúde familiar no município, desenvolverão esta ação. A mesma vai depender muito do gestor, já que estas especialidades são muito difíceis de agendar vagas neste Estado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e novas pesquisas ativas destas doenças.

Detalhamento: Vamos criar na nossa agenda semanal, um dia para o atendimento exclusivo dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, assim como os doentes já identificados e cadastrados.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico realizará a avaliação mensal da realização do exame clínico apropriado em os idosos acompanhados pela UBS através da revisão dos prontuários e das fichas espelhos anexadas aos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e aulas para a comunidade sobre a importância de conhecer os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas assim como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. As mesmas acontecerão de forma mensal no âmbito da UBS e contarão com a participação dos familiares dos idosos, que serão aqueles que poderão alertar a nossas equipes sobre alguma alteração no usuário.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre o atendimento dos idosos e a realização do exame clínico detalhado, além do preenchimento dos dados em prontuários e fichas espelhos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Detalhamento: O médico e o gestor municipal serão os responsáveis pela solicitação e a realização dos exames complementares do protocolo que serão realizados pelo menos uma vez semestral. Serão solicitados na primeira consulta, nas visitas domiciliares e em todas as ações de saúde.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: As enfermeiras, as técnicas de enfermagem em conjunto com os ACS farão um levantamento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados trimestralmente.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida por toda a equipe para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão grupos de idosos, palestras e dinâmicas de grupo para a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares periódicos. Estas atividades serão feitas de forma mensal no âmbito da UBS e em outras instituições. Será esclarecida a necessidade de fazer os exames nos primeiros quinze dias após a primeira consulta ou visita domiciliar, onde estes serão solicitados pelo médico, sendo os mesmo reavaliados em um período máximo de 3 meses.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico, de forma mensal, mediante palestras de atualização sobre a importância da realização dos exames complementares e sobre o cumprimento da periodicidade com que estes devem ser realizados.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: O mesmo será realizado de maneira mensal pela técnica em farmácia. As necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS serão atualizadas pelos ACS de maneira trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A técnica de farmácia em conjunto com a enfermagem e o médico farão o levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia tendo em conta o número de usuários que utilizam estas medicações. Além disso, será refletida no prontuário, na caderneta do idoso e na ficha espelho, qualquer mudança que exista no tratamento.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter a medicação que eles precisam.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pelo médico que fará mensalmente palestras de atualização sobre o tratamento da hipertensão e/ou

diabetes, além de capacitar os mesmos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Os ACS são os responsáveis de manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o registro será atualizado de forma trimestral.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermagem e o médico monitorarão os idosos acamados ou com problemas de locomoção tendo em conta a estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência. Para isso, faremos o seguimento de nossos idosos baseados nas fichas espelho e nas datas de visita domiciliar previamente pautadas com os ACS, agendando as áreas a visitar por semana, contando com o prévio aviso a nossa comunidade.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e sobre o atendimento domiciliar do mesmo.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde e a possibilidade de acompanhamento para usuários que precisem atendimento domiciliar, assim como a necessidade que a equipe tem do apoio de toda a comunidade para realizar uma ótima intervenção. As atividades serão feitas mensalmente no âmbito da UBS e outras instituições perto da comunidade.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e como programar as visitas domiciliares com a equipe e com o NASF, dependendo do planejamento mensal e da gravidade do caso em questão.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe tem um caderno onde escreverá as principais ações e problemas surgidos nas visitas domiciliares aos idosos acamados, além de oferecer o atendimento médico para os usuários com problemas de locomoção. O cumprimento da agenda será refletido na ficha espelho pela frequência de visita domiciliar, onde a mesma poderá ter variações, dependendo da gravidade do usuário.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermagem e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção sendo os ACS responsáveis do planejamento das mesmas. O agendamento e monitoramento das mesmas serão descritas nas fichas espelho e nos prontuários de visita domiciliar.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: A enfermagem fará a capacitação mensal dos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Para isso vamos a garantir o material adequado para a realização da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Todas as equipes da UBS aumentarão o número de vagas na consulta de Hipertensão e planejarão de maneira semanal um número de vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de HAS. Os responsáveis serão os médicos, enfermeiros e o resto do pessoal das equipes.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento: Mensalmente será feito o rastreamento dos idosos para HAS através da revisão dos prontuários e fichas espelho assim como pela busca ativa dos mesmos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, além de orientar sobre os fatores de

risco para o desenvolvimento de HAS, além da sensibilização da nossa população sobre a importância da vigilância ativa dentro de suas comunidades de possíveis fatores de risco modificáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de fazer a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem, sobre a técnica de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Garantiremos o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Para garantir esta meta todas as equipes da UBS aumentarão o número de vagas na consulta dos diabéticos e planejam de maneira semanal um número de vagas por dia para o atendimento dos idosos portadores de Diabetes. Os responsáveis serão os médicos e a enfermeira.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Com periodicidade mensal será feito o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus mediante a ficha espelho e os prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, orientando também a familiares e comunidade em geral sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira fará a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre como fazer o hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

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

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

Detalhamento: Para garantir o cumprimento desta meta todas as equipes da UBS, terão que organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, fazendo o cadastro dos mesmos para tentar oferecer atendimento prioritário aos idosos em outra unidade de saúde, já que não temos cadeira odontológica na nossa UBS e o nosso único odontólogo trabalha em outra UBS longe da nossa.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O mesmo será feito pelo técnico em odontologia e pelo Odontólogo. O médico em conjunto com a equipe monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, cobrando a realização dos prontuários de saúde bucal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Pediremos que pelo menos o técnico em odontologia faça a capacitação para todo o equipe, sobre a necessidade tratamento odontológico em idosos, para detectar as principais doenças a ser tratadas.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar o acolhimento aos idosos a ser atendidos na unidade de saúde vizinha.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos de conjunto com o odontólogo da UBS que trabalha fora da mesma.

Ação: Garantir que nossos idosos recebam um atendimento prioritário dentro da UBS vizinha.

Detalhamento: Para garantir esta meta todas às equipes da UBS, terão a tarefa de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde vizinha além de monitorar a utilização de serviço odontológico por parte dos idosos, oferecendo atendimento prioritário aos idosos pelo odontólogo da UBS mesmo que este trabalhe em outra UBS, já que a nossa não tem condições para fazer este tipo de atendimentos. Os usuários deverão se locomover até a UBS vizinha que fica um pouco longe de nossa área, que é onde poderão receber atendimento odontológico por parte deste pessoal.

Os mesmo serão encaminhados mediante uma folha de referência e contra referência sendo o técnico odontólogo o responsável do acolhimento dos mesmos na UBS vizinha. Acordaremos com o gestor para que disponibilize pelo menos um técnico em saúde bucal para trabalhar em nossa UBS, assim como um dia para o

atendimento de nossos usuários em a UBS vizinha onde trabalha nosso odontólogo. O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio das mesmas.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O Odontólogo da UBS de conjunto com o médico e com a equipe monitorará o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico dentro da UBS vizinha, atualizando o cadastro dos mesmos nas fichas espelhos e nos prontuários odontológicos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral.

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem os ACS, assim como o odontólogo que trabalha na UBS vizinha, farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. O intercâmbio com a população oferecerá outras estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ação: Capacitar os ACS para captação destes idosos.

Detalhamento: O odontólogo que trabalha na UBS vizinha, mas pertencesse a nossa UBS, fará a capacitação mensal para a equipe sobre como

realizar o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, e como fazer o cadastramento a identificação e o encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico, além de capacitar os ACS para a captação de idosos.

Objetivo 3 : Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraiso município santa estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Nossa equipe realizará semanalmente as visitas domiciliares para buscar os idosos faltosos. Os ACS farão esta atividade e os usuários terão um dia de consulta agendada para serem atendidos.

AÇÃO S DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos será realizada de maneira mensal pela enfermagem, mediante os prontuários clínicos e a fichas espelho, onde será registada a data da próxima consulta e a necessidade de apresentar o resultado de algum exame ou avaliação por outro especialista.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada

para a realização das consultas e sobre como ouvir outras estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: O médico fará a capacitação mensal dos ACS para orientar os idosos sobre quando realizar as consultas e sua periodicidade, assim como definir com a equipe a periodicidade das mesmas.

Objetivo 4 : Melhorar o registro das informações na UBS Jardim Paraíso município santa estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem manterão atualizado o sistema de registro dos idosos fazendo uma revisão quinzenal. O principal instrumento neste caso vai ser a ficha espelho, já que representa a maioria dos dados deste usuário.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico fará revisão mensal da qualidade do registro de atendimento aos idosos acompanhados na UBS, especificamente das fichas espelho dos usuários novos e previamente captados.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas ações serão feitas pela equipe em geral para alcançar a meta. O médico, a enfermagem e os ACS farão visitas domiciliares, dinâmicas de grupos, e palestras para a comunidade sobre seus direitos em relação à de seus registros de saúde prontuário ficha espelho e caderneta de saúde do idoso e acesso a segunda via se eles precisarem.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão palestras de temas de interesses para a equipe, onde será exposta também a forma de preencher adequadamente todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, com ênfases na ficha espelho.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico solicitará ao gestor municipal de saúde a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem farão a monitorização dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas consultas e visitas domiciliares.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos, que serão oferecidos quinzenalmente, o médico orientará os idosos e a comunidade em geral sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar na UBS e também em outros níveis de atenção.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira fará palestras de temas relevantes para a equipe, onde será exposta também a forma adequada para preencher a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo 5 : Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Jardim Paraíso município santa estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico terá na agenda de atendimento da UBS, assim como no planejamento das visitas domiciliares, um número de vagas semanais para priorizar atendimento dos idosos com maior risco de morbimortalidade.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica farão a monitorização do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, fazendo uso da atualização mensal dos registros pelos ACS e pela atualização das fichas espelho que resume a presença ou não de fatores que aumentem a morbimortalidade.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, realizaremos as orientações para a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente daqueles usuários com maior risco de morbimortalidade. As mesmas serão realizadas com uma linguagem clara e precisa.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão palestras de temas de relevância para a equipe, onde será exposta também a forma adequada para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: O médico vai ter na sua agenda semanal, um dia para o atendimento dos idosos frágeis e um número de vagas para os idosos que precisem de um atendimento sem prévio agendamento.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Os ACS monitorarão mensalmente os idosos estudados para indicadores de fragilização na velhice através das visitas domiciliares e a busca ativa dos mesmos. O médico monitorará os idosos frágeis através da ficha espelho.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, se orientará os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos mesmos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermagem e o médico oferecerão mensalmente palestras de diversos temas, com o objetivo de capacitar aos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico terá um dia em sua agenda mensal para o atendimento isolado dos idosos com rede social deficiente, tentando incorporar o mesmo na sua família. Também estabeleceremos a prioridade para o agendamento das consultas e visita domiciliar.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Os ACS a enfermagem e o médico farão revisão mensal da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorarão todos os idosos com rede social deficiente. A atualização será feita através da ficha espelho de maneira mensal.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico, orientaremos os mesmos e a comunidade em geral sobre como acessar ao atendimento prioritário na UBS, além de estimular a comunidade na promoção da socialização da pessoa idosa.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe, onde incluirão como objetivo primordial, a capacitação dos profissionais para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6 : Promover a saúde dos idosos na UBS Jardim Paraiso município Santana, Estado Amapá.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira em conjunto com os demais profissionais definirão nas reuniões semanalmente, o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão de maneira semanal a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos com obesidade e desnutrição mediante a revisão da ficha espelho a caderneta da pessoa idosa e os prontuários.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico e a nutricionista do NASF, orientações aos idosos e a comunidade em geral sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico em conjunto com a nutricionista do NASF, oferecerão mensalmente palestras para capacitar a equipe em a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", tendo assim um maior conhecimento dos profissionais da equipe sobre orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira definirão nas reuniões semanais, o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular, além de demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Detalhamento: Os ACS, o técnico de enfermagem e o médico, monitorarão semanalmente a realização das orientações de atividade física regular para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos que realizarão atividade física regular, mediante o controle da assistência nas atividades esportivas planejadas pelo preparador físico do NASF e pelo monitoramento das fichas espelhos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nos grupos de idosos que serão oferecidos quinzenalmente pelo médico e pelo educador físico do NASF, orientarão os idosos e a comunidade em geral sobre os benefícios da realização de atividade física regular.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico em conjunto com o preparador físico do NASF, oferecerão quinzenalmente palestras de temas de interesse fazendo ênfases em capacitar a equipe para a promoção e orientação dos idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio de consultas, garantindo orientações a nível individual sobre saúde bucal.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais, sobre saúde bucal.

Detalhamento: O técnico de enfermagem junto com o técnico odontólogo monitorarão as atividades educativas individuais, através da revisão da participação nestas atividades, mediante a revisão das fichas espelho e a atualização das mesmas.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: toda a equipe orientará aos idosos e a comunidade em geral sobre a importância da higiene bucal e das próteses dentárias nos grupos de idosos e nas visitas domiciliares planejadas.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O odontólogo e o técnico de odontologia oferecerão uma palestra mensal para a capacitação da equipe sobre as técnicas de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Jardim Paraíso.

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

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

Indicador 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 8. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

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

Indicador 12. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 13. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

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

Indicador 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Jardim Paraíso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

2.3.3 Logística

A base de nossa intervenção vai contar com as orientações que são disponibilizadas pelo programa de atenção a saúde do idoso tendo em conta algumas escalas como a de fragilidade na velhice e avaliação funcional do idoso entre outros aspectos, também adotaremos o Manual Técnico de Atenção à saúde do idoso e envelhecimento fornecido pelo Ministério da Saúde no ano 2006. Duas semanas antes do início da intervenção, começaremos com a capacitação sobre o manual técnico de Saúde do idoso para que toda a equipe utilize esta referência na atenção os idosos, fazendo ênfases em temas importantes como o acolhimento ao idoso, a avaliação funcional e a avaliação do risco e o preenchimento e seguimento das fichas espelho, entre outros. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, sendo feita no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. A mesma será realizada principalmente pelo médico e a enfermeira, onde debateremos outros temas de interesse para a equipe, aumentando assim a qualidade do recurso humano e do atendimento que será disponibilizado em nossa UBS.

Implementaremos as fichas espelhos e disponibilizaremos a caderneta do idoso para realizar a atualização dos dados de nossa intervenção, assim como o monitoramento da intervenção que será feito através dos prontuários e das fichas espelho. Para coletar todos os dados e indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, os ACS contarão com uma cópia da ficha espelho a qual será impressa e disponibilizada para todos os membros da equipe, além de anexar a original aos prontuários dos usuários na UBS. Esta ficha será para efetuar o cadastramento da população idosa e vai ter alguns aspectos importantes para fazer o seguimento e acompanhamento desta população, como a intercorrência de

outras doenças crônicas, a avaliação funcional, a avaliação do risco cardiovascular e de fragilidade na velhice, tratamento e exames complementários entre outros.

Inicialmente nossa equipe vai precisar pelas estimativas feitas, de umas 750 cadernetas do idoso, mas este valor pode-se incrementar em até 1090 aproximadamente, já que é a estimativa do Ministério da Saúde em relação ao total da população de nossa área. Também faremos a mesma quantidade de fichas espelho para incluirmos aos prontuários das pessoas idosas para atualizarmos em cada atendimento. Para isso já foi realizado o contato com o gestor municipal para a disponibilização de pelo menos 750 cadernetas e a garantia da impressão das fichas espelho.

Para o acompanhamento da intervenção faremos um caderno de registro onde preencheremos os dados coletados além de ter as fichas espelho como material indispensável para fazer este monitoramento dos usuários. A enfermagem vai ter a responsabilidade de planejar as consultas e o levantamento dos prontuários com a atualização dos dados de todos os idosos que sejam registrados no caderno e as fichas espelho. Isto acontecerá de forma quinzenal, garantindo assim o agendamento das próximas consultas, diminuindo o número de idosos faltosos. Desta forma monitoraremos as consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais e vacinas atrasadas e o tratamento feito e sua disponibilidade na farmácia da UBS. Também transcreverá todas as informações disponíveis na ficha espelho para os prontuários de ser necessário.

Para efetuar as ações de organização e gestão dos serviços, à equipe está fazendo uma atualização do cadastro dos idosos. A mesma está sendo realizada pelos ACS, em cada uma de suas áreas, com uma atualização mensal. Esta atualização compreende o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como os idosos com doenças crônicas e com risco social. A principal tarefa da técnica de enfermagem vai ser de manter atualizado o sistema de registro dos idosos, fazendo revisão mensal deste para acompanhamento do atendimento. Estamos planejando disponibilizar alguns dias de nossa agenda, para fazer algumas tarefas específicas da intervenção como: realizar visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, fazer academia para os idosos ainda ativos, acompanhamento dos idosos com doenças crônicas, acompanhamento dos idosos com risco social, acompanhamento dos idosos com situações de saúde bucal e outras mais que possam acontecer.

O médico poderá ter em sua agenda semanal, um dia de atendimento exclusivo para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. É importante sinalizar que a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Os ACS serão os responsáveis pela organização e planejamento semanal das mesmas. Toda a equipe vai garantir os mínimos recursos para fazer uma adequada Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, tendo como guia o manual disponibilizado e as palestras efetuadas pelo médico como parte da atualização da equipe na prática clínica. Temos planejado um sistema para tentar envolver toda a comunidade dentro das diferentes ações a se desenvolver, com o objetivo de que as mesmas aumentem em qualidade, propiciando assim, um melhor engajamento público na realização das tarefas e ações de saúde.

Os idosos que não tiverem realizado o exame clínico serão identificados mediante a revisão dos prontuários clínicos entendesse ficha espelho anexada aos mesmos e a caderneta do idoso, e os ACS terão a tarefa de realizar a busca ativa dos mesmos. O gestor de saúde municipal terá a tarefa de garantir a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, além de garantir os recursos materiais para a realização dos exames aos idosos. Estes exames serão feitos no Laboratório central.

O controle de estoque de medicamentos do RENAME, incluindo a validade dos mesmos será feito pelo técnico de farmácia. Faremos especial seguimento ao registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, apoiados no gestor municipal de saúde para que o mesmo disponibilize uma quantidade de medicação de acordo com as necessidades do programa. Devido à demanda de atendimento aos idosos ser muito alta, todas as equipes de ESF aumentará o número de vagas nas consultas de Hiperdia, tendo um número de vagas exclusivas para o atendimento aos usuários idosos com hipertensão arterial e DM. Sendo os responsáveis da atividade os médicos em conjunto da enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS.

O médico vai disponibilizar na sua agenda semanal, um dia de atendimento aos idosos que precisem de um atendimento no momento, além de ter um dia em sua agenda mensal somente para o atendimento aos idosos com rede social deficiente ou com alto risco de morbimortalidade. O médico e a enfermagem farão

uma revisão mensal da qualidade do registro de atendimento aos idosos acompanhados na UBS, baseado na revisão das fichas espelho dos prontuários clínicos, e a caderneta dos idosos.

Em relação ao atendimento odontológico dos usuários idosos, apresentamos certa dificuldade em assegurar o atendimento aos mesmos, já que temos só um técnico odontólogo e um odontólogo em nossa UBS que deveria atender as três equipes, mas os mesmo nem trabalham na nossa UBS, pois não contamos com cadeira odontológica nem insumos. Assim, os usuários deveram se locomover até outra UBS que fica um pouco longe de nossa área, que é onde poderão receber atendimento odontológico por parte deste pessoal. Os mesmo serão encaminhados mediante uma folha de referência e contra referência sendo o técnico odontólogo o responsável do acolhimento dos mesmos na UBS vizinha, para uma vez que seja confirmada a necessidade de atendimento, o mesmo seja atendido pelo odontólogo dentro da outra UBS.

Estamos cobrando do gestor municipal o término da nossa UBS, mas isso não vai acontecer em curto prazo. Acordamos com o gestor que o mesmo disponibilize pelo menos um técnico em saúde bucal para trabalhar em nossa UBS, assim como um dia para o atendimento de nossos usuários em a UBS vizinha onde trabalha nosso odontólogo. Desta maneira garantiremos um atendimento mínimo de nossos idosos, oferecendo assim um atendimento prioritário e organizado para a saúde bucal dos mesmos. O médico em conjunto com o odontólogo, planejará mensalmente o número de consultas que serão oferecidas aos idosos e o tempo médio das mesmas.

Em relação às ações de engajamento público, estas serão desenvolvidas pela equipe em geral, o médico, enfermagem e os ACS, onde farão palestras, dinâmicas de grupo, visitas domiciliares e outras atividades grupais de conjunto com o NASF, que vai ter uma frequência semanal ou quinzenal. Contará com o apoio da associação de moradores e representantes da comunidade da área de abrangência, assim como de instituições como igrejas e escolas que possam também participar das mesmas. Todas as semanas serão realizadas aulas de algum tema de interesse para a população idosa e sua família na própria UBS ou outras instituições localizadas na comunidade.

Na parte das ações de qualificação da prática clínica, estas serão feitas com o objetivo de capacitar a equipe para que possam realizar as ações pertinentes a saúde do Idoso de uma maneira correta.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Dentro das ações previstas no projeto a serem desenvolvidas nestas doze semanas e que foram realizadas, posso falar que temos realizado um ótimo acolhimento e cadastramento dos idosos. Também foram bem definidas as atribuições de cada profissional, onde trabalhamos com todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram detectados na nossa área até o momento. Conseguimos garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional, realizamos um atendimento diferenciado para todos eles que inclui exames complementares, rastreamento para diabetes e avaliação do risco cardiovascular. Até o momento não temos usuários idosos faltosos a consulta, mesmo por que a maioria de nossos atendimentos para eles foram realizados mediante visitas domiciliares e ações realizadas na mesma área onde eles moram. Mantivemos um dia específico para atender os idosos agendados para as consultas clínicas, que foi na quinta-feira à tarde.

Tivemos um adequado preenchimento das fichas espelho, realizamos corretamente a avaliação da morbimortalidade e os diferentes riscos incluindo a rede social. Garantimos uma adequada promoção de saúde para todos nossos usuários, onde os mesmo receberam seja mediante entrevistas ou pelas palestras, orientações sobre nutrição, saúde bucal e prática de exercícios. Além destas ações, conseguimos realizar e avaliar os exames clínicos, prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram identificados e cadastrados. Ainda conseguimos realizar a avaliação da rede social em dia, verificamos a pressão arterial na última consulta e rastreamos todos idosos hipertensos para diabetes mellitus.

Com relação à distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa, nosso município não tinha as mesmas para oferecer, pois segundo informações do gestor, estavam aguardando a confecção do novo modelo de caderneta. Mesmo assim conseguimos avaliar algumas cadernetas dos nossos Idosos que possuíam a mesma.

Temos algumas ações que embora desenvolvidas, ainda não atingiram os resultados esperados. No entanto confiamos que mesmo terminado as 12 semanas da intervenção, estes resultados serão atingidos com o trabalho do dia a dia de nossa unidade. As ações relativas organização e gestão dos serviços com o passar do tempo ficaram cada dia melhores, tanto que a prova disto é que a maioria dos indicadores avaliados ficaram com um ótimo nível de implementação. As ações relativas ao monitoramento tiveram como base para fazer o seguimento às fichas espelho, que foram colocadas dentro dos prontuários de cada idoso a ser tratado pelas nossas equipes, assim como a caderneta de saúde dos idosos e vários registros feitos em cadernos pessoais que a nossa equipe trabalhou. A maioria dos registros dos idosos foram atualizados na primeira consulta ou nas visitas, com atualização de alguns dados com periodicidade semanal ou quinzenal como os exames complementares, as consultas com outras especialidades e algumas avaliações indispensáveis que foram feitas desde o primeiro momento. Os demais registros dos usuários foi feita de maneira mensal, além de ter refletida pelo menos uma consulta ao mês no prontuário dos mesmos, sendo o monitoramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e doenças crônicas com agravos, uma prioridade de atendimento para nossa equipe. Estes usuários receberam consultas e visitas a domicílio de maneira quinzenal e às vezes até semanal, sendo as mesmas refletidas nos prontuários, fichas espelho e caderneta de saúde do idoso. As ações de engajamento público, contaram com o total apoio da comunidade já que a mesma foi envolvida dentro do processo de aplicação das diferentes ações de saúde. A estratégia de levar a maioria do atendimento o mais perto possível das áreas de moradia, por meio do planejamento feito junto com os ACS, tem garantido que a população participa não somente das palestras, ações de saúde e atividades coletivas com o NASF, mas sim como agentes importantes aumentando o nível de saúde dos idosos da área, ajudando a identificar em alguns casos os idosos com doenças crônicas não diagnosticadas e aqueles que apresentam maior fragilidade ou problemas na rede social e de convivência. As ações de qualificação da prática

clínica foram feitas na maioria dos encontros e reuniões da equipe, com uma periodicidade semanal. As mesmas garantiram uma alta preparação de todo o pessoal que participou dentro da intervenção, assim como uma maior união dentro da equipe e da UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Também tivemos ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas e as mesmas não foram realizadas, como o atendimento odontológico para os idosos e o preenchimento da caderneta do idoso para todos os usuários. Este problema foi percebido desde o momento que a gente estava trabalhando com o projeto da intervenção, já que todo o município de Santana é muito carente de atendimento Odontológico. Nossa UBS somente tem um odontólogo e um técnico em odontologia para as três equipes e não possui nem cadeira odontológica nem insumos necessários, assim os atendimentos odontológicos são realizados em outra unidade de saúde, que fica bem longe da nossa que conta com estes materiais e a infraestrutura necessária. Para piorar a situação, faz três meses que eles não têm material nem para fazer extrações de dentes. Assim realizamos um total de seis encontros com os profissionais de saúde da unidade de saúde cinco e com a secretaria de saúde, mas não foi possível para eles resolver esta situação neste período. Esta situação se agravou ainda mais, pois o gestor municipal de saúde foi trocado duas vezes em um prazo de apenas quatro meses. Neste momento a secretaria de saúde não tem previsão para chegada do material odontológico e o atendimento odontológico para nossos idosos até o momento se resume em avaliação bucal e em palestras de promoção de saúde bucal. Mesmo assim, nossa equipe ficará cobrando o tempo todo da secretaria para tentar arrumar esta questão.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, não tivemos problema nenhum.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto estão incorporadas na rotina dos serviços das diferentes equipes de saúde e os nossos usuários estão recebendo as mesmas com muita alegria. O nosso principal problema continua sendo o atendimento odontológico tanto para os idosos como para as grávidas, crianças e usuários com doenças crônicas, mas que no momento este é um problema generalizado em todo nosso município. Nossa equipe tem o compromisso de continuar na aplicação de todas as ações programadas, mesmo após o término da intervenção, de maneira contínua, atingindo assim em um futuro próximo os 100% de todos os indicadores.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi desenvolvida em 12 semanas ao invés das 16 semanas propostas inicialmente. Isto ocorreu, pois conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento destas semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Assim, com este novo período, tentamos aprimorar e executar todas as ações propostas em nossa intervenção para atingir as metas traçadas.

A seguir realizaremos uma avaliação dos aspectos quantitativos e qualitativos de cada resultado.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, na UBS Jardim Paraíso.

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

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

Inicialmente ficamos preocupados com uma situação, pois segundo informações da secretária municipal de saúde, tínhamos uma população total muito grande, mas após o trabalho de cadastramento das três equipes de saúde, podemos perceber que cada equipe conta com aproximadamente 3500 pessoas, totalizando 10500 no total. Com estes novos dados, percebemos que seria quase impossível atingir 100% de atendimento, como pretendíamos, pois necessitaríamos avaliar 87 usuários idosos novos a cada semana, ou seja, 21 por dia, um número que fica impossível de fazer. No entanto como a nossa intervenção não é para ser realizada somente nestas 12 semanas de intervenção, acreditamos que para final deste ano de 2015 será possível atingir as metas estabelecidas.

A progressão do número de pessoas atendidas pela intervenção foi a seguinte: no primeiro mês a nossa equipe somente cadastrou no programa 53 idosos (5%), já no segundo mês aumentamos para 128 Idosos (12,2%). No terceiro mês alcançamos 249 idosos cadastrados correspondendo a 23,7%.

Eu acredito que algumas questões tem influenciado este indicador. A primeira é que as outras duas equipes de saúde somente iniciaram as ações relacionadas aos Idosos quando a minha equipe estava trabalhando na intervenção há um mês, pois eles tiveram um atraso pelas férias. O segundo aspecto está relacionado condição climática, pois tivemos uma maior frequência das chuvas nos primeiros dois meses da intervenção que impossibilito o trabalho planejado em muitas ocasiões. Esperamos atingir 100% da população o mais rápido possível, realidade que vem se concretizando diariamente, pois o processo de cadastramento e acolhimento vem sendo ótimo, pois está se desenvolvendo com a qualidade requerida e por todas as equipes (Figura 1).

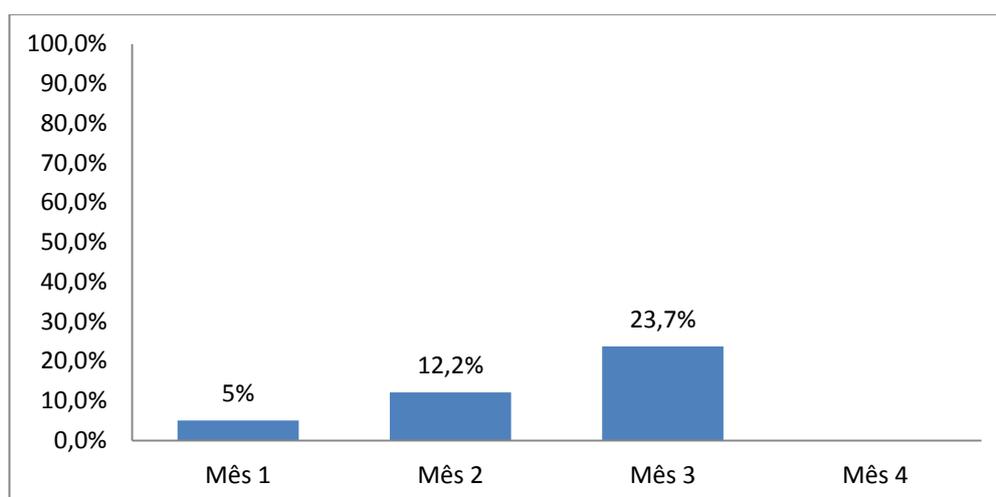


Figura 1. Cobertura do programa de atenção aos Idosos na UBS.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

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

Em relação à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, posso falar que sempre tentamos fazer todas as avaliações propostas na

intervenção em todos os idosos e que as mesmas foram feitas na primeira consulta. Apesar de não ter atingido nossa meta inicial de 100%, este indicador sempre ficou acima dos 85%. No primeiro mês obtivemos avaliação em 47 Idosos (88,7%), no segundo mês foram 122 (95,3%) e finalizamos o terceiro com 243 (97,6%). Acredito que conforme se passavam as semanas a equipe ficava mais preparada e ágil para realizar a avaliação, sem perder qualidade. A Figura 2 mostra a evolução deste indicador.

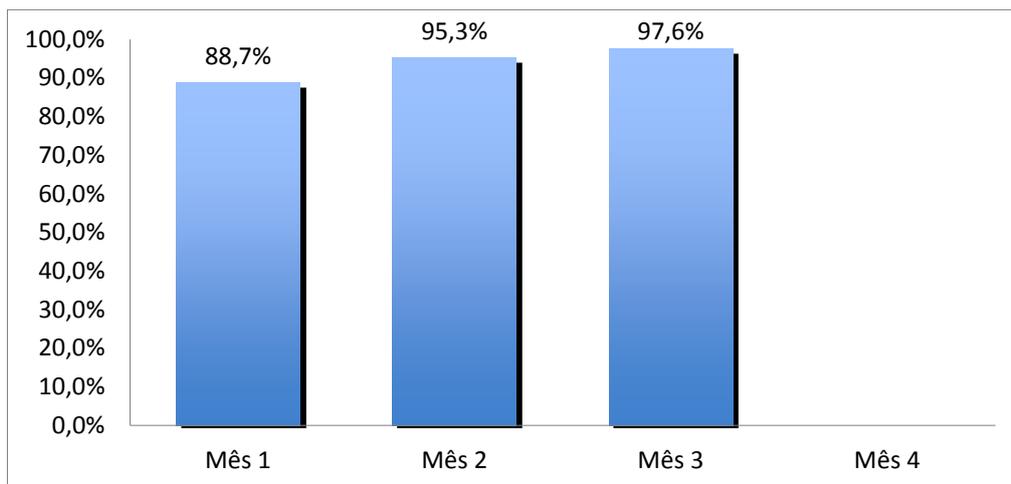


Figura 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Com relação à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, posso falar que eu como médico da equipe sempre tentei fazer o exame clínico apropriado em todos os casos, tentando atingir nossa meta inicial de 100%. Este indicador se manteve em elevação desde o princípio da intervenção, pois a equipe se propôs em fazer uma avaliação de ótima qualidade a todos os usuários, que foram atendidos dentro do programa. Assim tivemos 50 Idosos no primeiro mês (94,4%), no segundo mês foram 125 (97,7%) e terminamos a intervenção com 246 (98,8%) dos idosos examinados, bem próximos da nossa meta inicial (Figura 3).

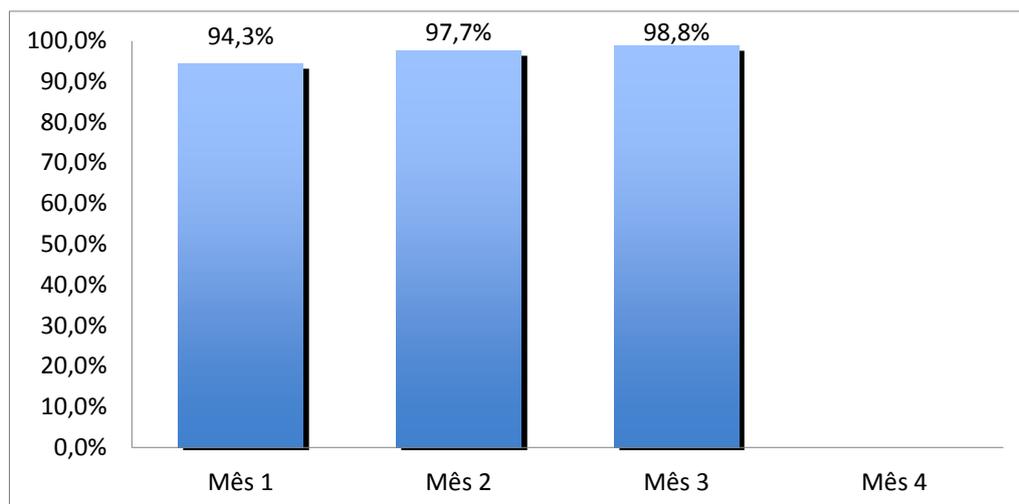


Figura 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Sobre o indicador relativo à proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o mesmo se comportou muito bem desde o começo da intervenção, já que as equipes adotaram como estratégia indicar os exames na primeira consulta com o usuário idoso, independentemente se os mesmos realizaram há pouco tempo. Assim atingimos nossa meta inicial de 100%. Esta conquista se deve muito graças ao trabalho dos ACS e do NASF que trabalharam muito com os usuários diabéticos e/ou hipertensos e com a comunidade em geral. Este indicador se manteve em 100% nos três meses da intervenção contemplando no primeiro mês 35 idosos, no segundo mês 89 e no terceiro 177.

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

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

De igual maneira se comportou o indicador relativo aos idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, já que também

adotamos como estratégia em nossa intervenção, indicar sempre que fosse possível medicamentos que estavam disponíveis na farmácia popular assim como fazer mudanças no tratamento com o consentimento dos usuários, para que eles tivessem a maior ajuda possível dentro do programa.

Nosso principal problema foi com os remédios manipulados que constituíam o tratamento para alguns dos nossos usuários idosos com hipertensão arterial, mas todos receberam medicações da farmácia popular, ficando somente uma pequena insatisfação dentro deste pequeno grupo que foi o aumento do número de comprimidos a ser tomados pelo usuário, já que a maioria dos manipulados são uma mistura de dois e até quatro medicamentos em só uma cápsula. Conseguimos alcançar nosso objetivo de 100%.

Estes resultados foram graças aos nossos técnicos em farmácia, que foram responsáveis pela realização do controle de estoque de medicamentos e do trabalho dos ACS, que orientaram os usuários e a comunidade em geral sobre o direito dos mesmos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este. Também a oferta dos medicamentos se comportou de maneira tranquila sendo supridas algumas faltas, pela farmácia Pague Menos que se encontra dentro das farmácias populares no município, oferecendo medicamento para diabetes e hipertensão de graça, somente com apresentação da receita e a carteirinha de identidade.

Assim tivemos no primeiro mês 53 Idosos (100%) com prescrição de medicamentos, no segundo foram 128 (100%) e finalizamos com 249 (100%), atingindo nossa meta inicial.

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

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

Falando de outro indicador, a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, também foi ótima já que em nossa UBS de saúde estes dados estavam muito desatualizados, mesmo sendo de responsabilidade dos ACS. Depois da intervenção este aspecto melhorou muito e hoje temos 46 idosos acamados ou com problemas de locomoção que são tratados e atendidos na sua própria casa pelas equipes levando até lá a qualidade dos

serviços de saúde. Agora mantemos uma agenda para realizar visitas domiciliares aos idosos acamados assim como temos prontuários para estas visitas, onde é refletido o pensamento médico e de todos os profissionais que passam por lá.

Dos aproximadamente 84 idosos acamados que devem existir na nossa área adstrita, segundo as estimativas da planilha eletrônica baseada nos 8% da população idosa, conseguiu-se cadastrar no primeiro mês 11 Idosos (13,1%), no segundo mês 26 (31%) e finalizamos com 46 (54,8%). Não atingimos nosso objetivo inicial de 100%, mas eu acho que esta estimativa de 84 Idosos é muito elevada na nossa realidade. Somente após a finalização do cadastramento de toda a população, poderei falar com maior certeza (Figura 4).

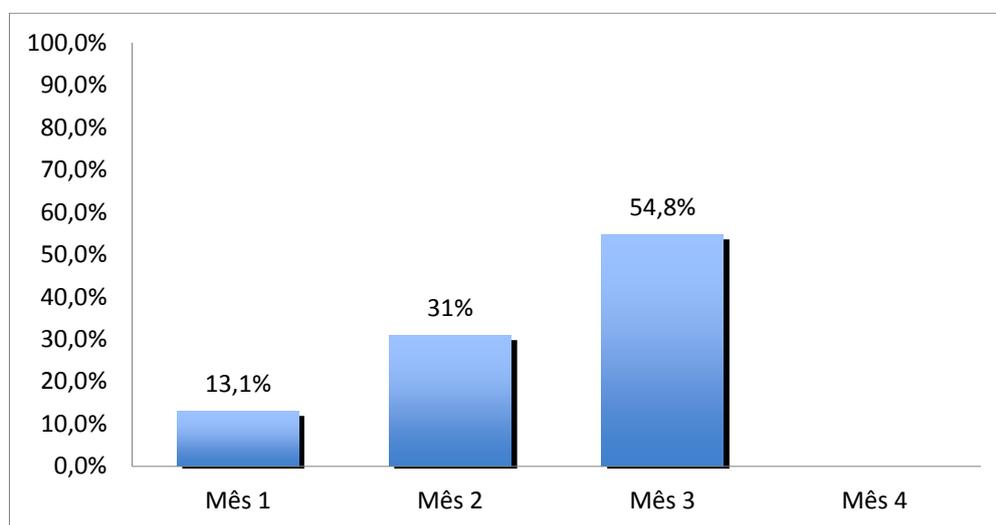


Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar foi outro indicador que atingiram nossa meta inicial de 100%, já que uma vez que estes usuários foram identificados e cadastrados, nossas equipes ficaram fazendo um seguimento estreito dos problemas de saúde dos mesmos, sendo estes visitados às vezes até semanalmente por nossa equipe e muitas vezes também pelo NASF. Assim no primeiro mês acompanhamos 11 Idosos acamados (100%), no segundo mês 26 (100%) e no terceiro mês 46 idosos (100%).

Meta 2.6. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

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

O indicador relativo ao cálculo da proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta atingiu nossa meta de 100%. No primeiro mês foram 53 idosos (100%), no segundo 128 (100%) e no terceiro 246 (100%). Para a obtenção destes resultados nossa equipe de trabalho constituía uma rotina para a aferição da pressão arterial em todos os usuários idosos que foram avaliados.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Todos os usuários hipertensos foram rastreados para diabetes, onde esta ação foi levada com muito compromisso pela equipe, já que conhecemos a frequência alta de associação entre estas doenças assim como a piora do prognóstico cardiovascular no usuário. Este indicador atingiu nossa meta inicial de 100%, pois todas as equipes da UBS aumentaram o número de vagas nas consulta destes usuários diabéticos e o hemoglicoteste foi desenvolvido como parte da rotina de trabalho sempre que possível, sendo solicitada uma glicemia em jejum naqueles casos que não se contou com o aparelho, resultado este que foi monitorado pelos ACS. Assim tivemos no primeiro mês, 29 Idosos hipertensos rastreados (100%), no segundo foram 83 (100%) e no terceiro 167 (100%).

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

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

No indicador que trata sobre a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, apresentamos problemas no primeiro mês, já que nossa equipe não tem odontólogo e esta avaliação era feita por outro odontólogo de outra equipe da UBS. Esta situação melhorou muito depois de ter recebido uma aula pelo próprio odontólogo que permitiu que esta avaliação fosse

feita pelo resto da equipe, caso o odontólogo não estivesse presente. Pode-se perceber que de 50,9% (27) idosos avaliados para esta necessidade no primeiro mês, aumentamos para 79,7% (102) no segundo mês e chegamos a 88,8% (221) ao final da intervenção (Figura 5).

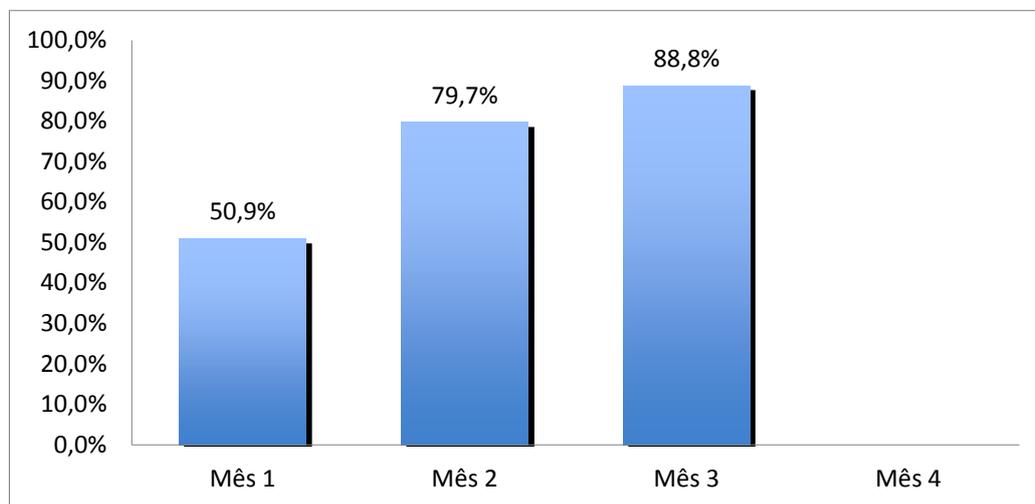


Figura 5. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática foi o único indicador da intervenção que não foi possível desenvolver nestas 12 semanas dada a grande dificuldade existente em nosso município com o atendimento odontológico, piorando pelo fato de não ter odontólogo em nossa equipe, pois nossa UBS fica em um prédio adaptado que não possui cadeiras odontológicas. Assim existia somente um odontólogo para as três equipes que trabalhava em outra UBS distante da nossa, mesmo assim os usuários foram encaminhados até lá, mas ficou impossível que eles recebessem atenção odontológica porque até o presente momento essa outra unidade de saúde não tem insumos odontológicos para oferecer um atendimento adequado, nem para urgências. Este quadro fica pior ainda já que o secretário de saúde do município foi trocado 3 vezes neste período de 4 meses, sendo impossível para a nossa equipe concretar alguma ação resolutive por parte do gestor em relação ao tema.

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

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

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

O indicador da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa ficou sem ser desenvolvido já que nestas 12 semanas não se apresentou nenhum idoso faltoso a consulta. Eu acredito que isto foi graças a nossa estratégia de descentralizar o atendimento dos usuários até um lugar perto da casa do mesmo, levando o seguimento das ações de saúde aos mesmos, através das visitas domiciliares e das reuniões dos grupos de idosos. Além disso, aqueles idosos que precisavam de um seguimento mais estreito como os idosos hipertensos e diabéticos, foram avaliados nos hiperdia e os acamados ou com problemas de locomoção eram visitados pela frequência previamente estabelecida pela equipe dada pela gravidade da doença que este apresentara.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

A proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi um indicador desenvolvido de uma maneira ótima pela nossa equipe, pois este indicador integrou os ACS neste processo, já que eles ficaram com as fichas espelhos e preencherem a parte dos dados iniciais dos usuários, sendo depois estas folhas anexadas ao prontuário dos mesmos para que a avaliação Multidimensional e os restantes dos parâmetros fossem preenchidos por mim no momento da consulta. Isto possibilitou agilizar um pouco o trabalho e atingimos valores próximos aos 100%, que era nossa meta inicial. Assim no primeiro mês registarmos 49 Idosos (92,5%), no segundo foram 124 (96,9%) e fechamos com 243 (97,6%) (Figura 6).

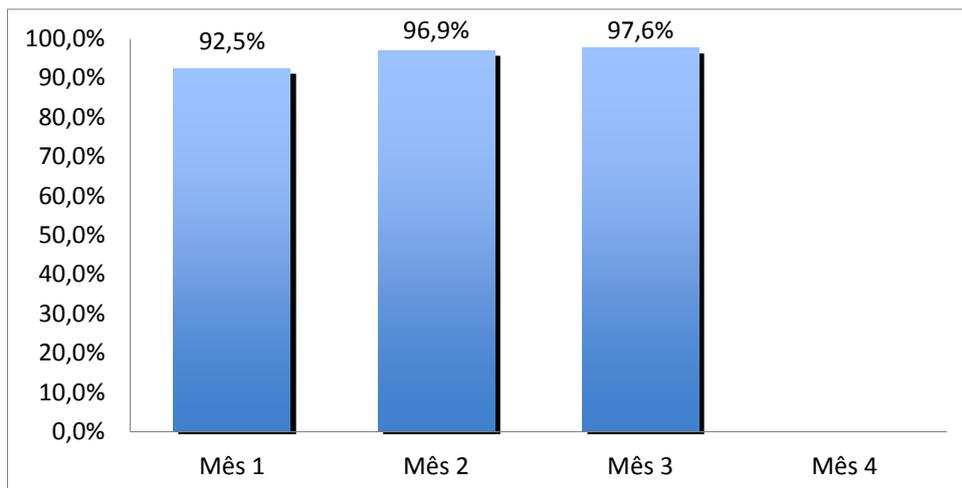


Figura 6. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

O indicador da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em dia foi outro indicador que não alcançamos, já que a nossa secretaria de saúde não tinha cadernetas de saúde para o idoso. Por este motivo não alcançamos a nossa meta inicial de 100%. No entanto este parâmetro não ficou em zero já que no ano anterior se distribuiu a caderneta para alguns idosos, onde utilizamos estas para contabilizar na nossa intervenção. Obtivemos no primeiro mês 3 idosos (5,7%), no segundo mês 24 (18,8%) e no terceiro mês 76 (30,5%). Para surpresa e felicidade dos idosos e das nossas equipes, esta semana recebemos a notícia do novo gestor de saúde municipal que no próximo mês vão disponibilizar as novas cadernetas para que sejam distribuídas entre os idosos que ainda não possuem. Isto não vai ser refletido no estudo, mas sim será implementado pelas equipes já que esta rotina de trabalho vai ficar pelo menos no período que a gente trabalhar na unidade (Figura 7).

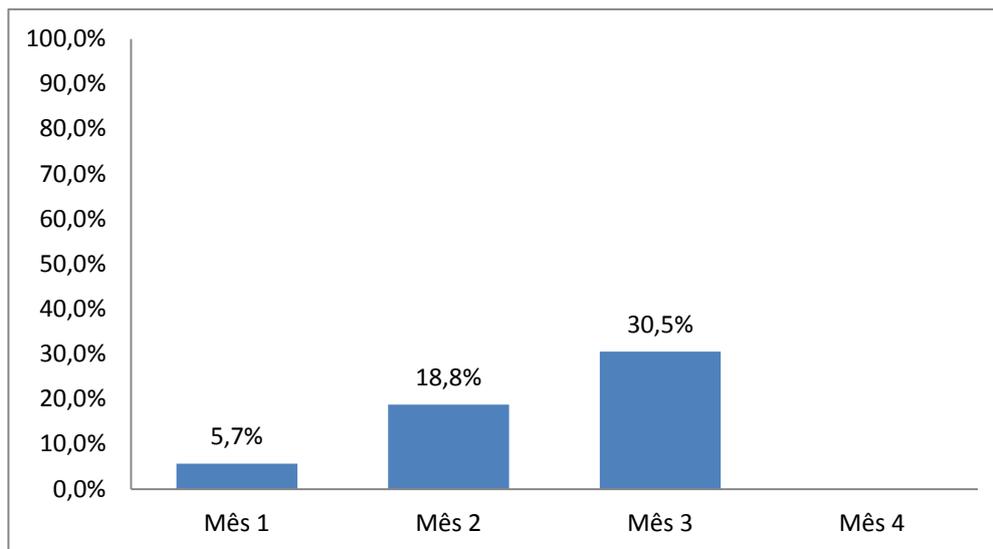


Figura 7. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

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

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia foi muito boa, já que tivemos prioridade com os mesmos tanto em consulta quanto em nas visitas domiciliares. Além disso, nossa equipe monitorou os idosos com maior risco, pois considerou que o atendimento dos mesmos tinha que ser uma prioridade máxima. Mesmo assim ficamos no 88,0% dos idosos atendidos, não atingindo nosso objetivo inicial de 100%. A questão que mais incidiu foi que às vezes no momento da primeira consulta, não tínhamos tempo suficiente de fazer estas avaliações importantes, mas eu acredito que nas consultas subsequentes possamos concluí-las sem problema nenhum, como já vem sendo realizado desde as semanas finais da intervenção. Assim conseguimos avaliar no primeiro mês 43 idosos (81,1%), no segundo foram 110 (85,9%) e no terceiro 219 (88%) (Figura 8).

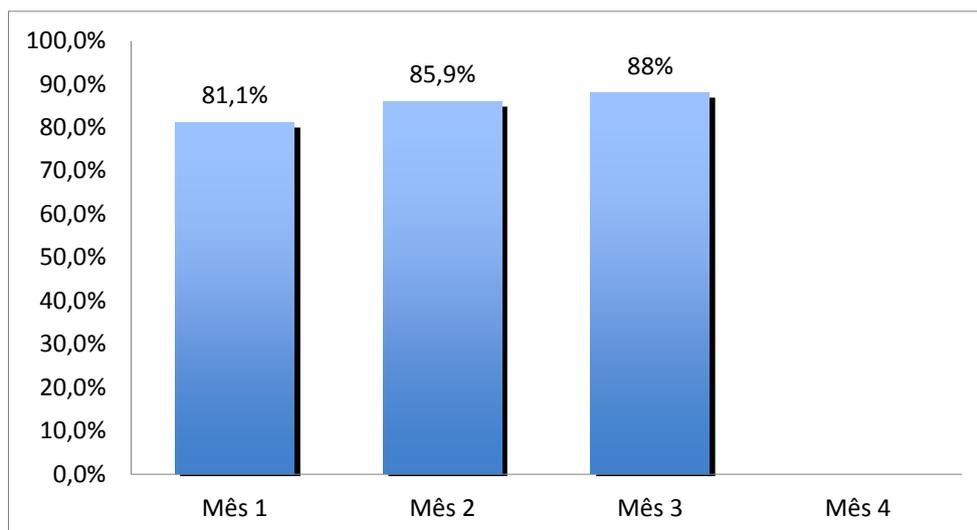


Figura 8. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia foi um indicador que se comportou muito parecido ao indicador do risco da morbimortalidade já que os dois foram desenvolvidos do mesmo jeito com a ajuda da equipe toda. Nas consultas posteriores foram-se completadas as respectivas avaliações. Assim tivemos no primeiro mês 44 idosos (83%), no segundo mês 110 (85,9%) e no terceiro mês 223 (89,6%). Não atingimos nossa meta inicial de 100%, mas ficamos muito próximos (Figura 9).

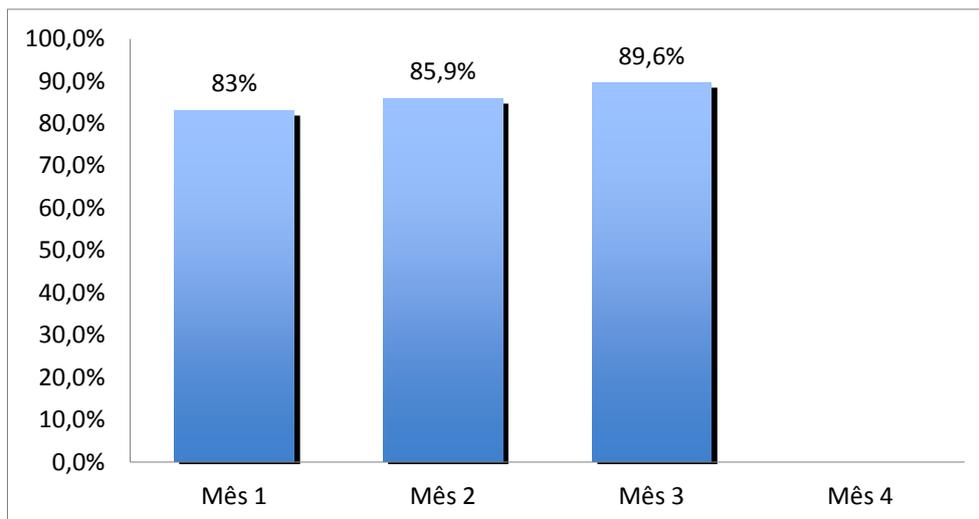


Figura 9. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia
 FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi um parâmetro onde os ACS e a assistente social tiveram um papel fundamental, já que os mesmos tem maior contato com os idosos no dia a dia e conhecem a situação familiar que os mesmos apresentam. Assim tivemos no primeiro mês 53 idosos avaliados (100%), no segundo foram 128 (100%) e no terceiro mês 249 (100%), atingindo nossa meta inicial de 100%.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

Com relação à proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, conseguimos alcançar nossa meta inicial de 100%. No primeiro mês orientamos 53 idosos (100%), no segundo foram 128 (100%) e no terceiro 249 (100%). A maioria destes idosos assistiu pelo menos a uma palestra ou sobre nutrição.

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

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

Já com relação ao indicador sobre a Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, não atingimos nossa meta inicial de 100%, pois o preparador físico do NASF e a Fisioterapeuta não estiveram presentes em sete casas de usuários acamados. Mesmo eu como médico da equipe ter falado da importância do exercício físico aos mesmos, considero que não poderia ser ótima esta conversa sem a presença destes profissionais, para que eles mostrassem como deve ser feita a reabilitação destes usuários com sequelas por AVC ou com câncer, já que os mesmo são reabilitados em casa. No primeiro mês orientamos 46 (86,8%), no segundo 121 (94,5%) e no terceiro 245 (97,2%) (Figura 10).

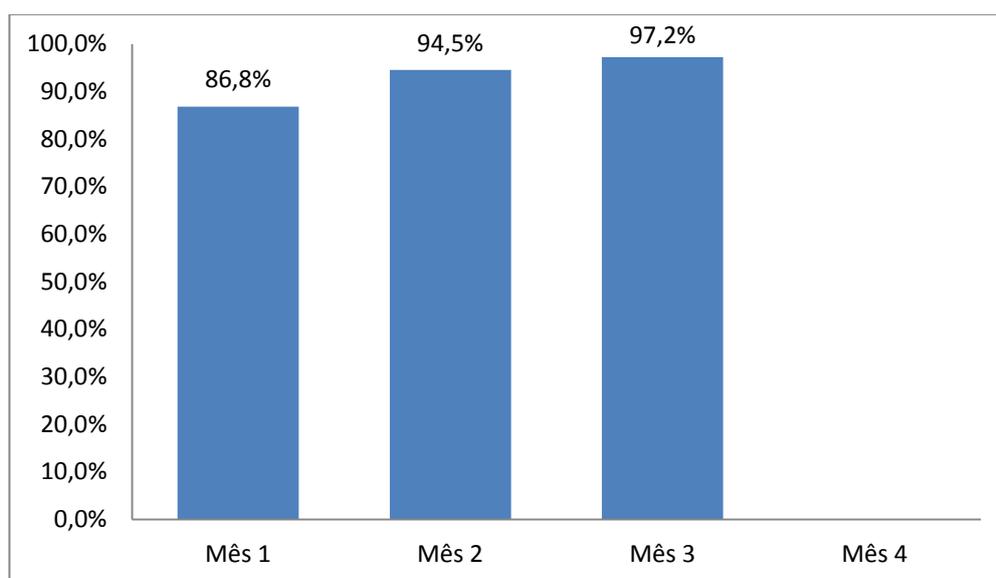


Figura 10. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

A proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal também foi ótima já que quando contávamos com o odontólogo da outra equipe, o mesmo sempre falava do tema. Quando não tínhamos o odontólogo nas palestras, a enfermagem ou eu falava deste assunto nas palestras. Assim orientamos no primeiro mês 53 (100%), no segundo foram 128 (100%) e no terceiro 249 (100%), atingindo nossa meta inicial de 100%.

A promoção de saúde foi realizada através das ações nos grupos de idosos do Club Roteri, por meio de palestras aulas e vídeos demonstrativos, assim como conversas direitas com usuários acamados e nas visitas domiciliares. Posso falar que 100% dos idosos de nossa intervenção receberam promoção de saúde sobre estes e outros temas de interesse coletivo.

4.2 Discussão

Com nossa intervenção obtivemos uma cobertura de 23,7% dos usuários idosos e mesmo que não sendo possível atingir os 100% da cobertura, acredito que a mesma propiciou a ampliação da cobertura em saúde para os usuários maiores de 60 anos, já que possibilitou o aumento da quantidade destes, que receberam serviços nesta faixa etária. A melhoria dos registros e a qualificação da atenção foram consideráveis, tendo em conta que nossa UBS não tinha o cadastramento da população atualizado, e agora conta com uma alta proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Além disto, se percebe uma melhora significativa no seguimento dos idosos hipertensos e diabéticos assim como o adequado seguimento dos idosos acamados e com problemas de locomoção. Também devemos destacar a generalização e aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, assim como a avaliação de risco para morbimortalidade e a avaliação para fragilização na velhice que tem acontecido graças a nossa intervenção. O último aspecto que quero destacar como positivo, é a incorporação da promoção de saúde como parte da rotina de trabalho da equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários idosos. Os ACS estão realizando um, controle maior dos idosos da sua área, já que eles são o início do processo de cadastramento dos idosos da área. Isto permitiu delimitar adequadamente as áreas

de atendimento de cada um dos ACS, assim como detectar, duas áreas descobertas sem atendimento até o momento da intervenção. Nossa equipe se empenhou para melhorar o acolhimento dos usuários, assim como ampliou consideravelmente sua presença nas visitas domiciliares com o adequado seguimento dos idosos acamados. Estas atividades promoveram o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e dos ACS, ficando cada um com suas próprias responsabilidades dentro da equipe.

Os ACS ficaram com a tarefa de recadastrar suas áreas assim como classificar a necessidade e frequência das visitas domiciliares em conjunto com o médico. A enfermagem e a técnica sempre foram as responsáveis pelo acolhimento adequado, triagem e seguimento dos idosos atendidos, assim como a atualização dos registros. Também tiveram que incorporar em sua rotina diária a realização das diferentes avaliações feitas, assim como a realização de aulas sobre promoção em saúde. O médico foi o responsável de preencher a maioria das avaliações, fazer o exame clínico completo em todas as consultas, assim como de manter uma conduta médica terapêutica adequada ante cada situação. Ainda realizou o seguimento dos idosos acamados e da organização das diferentes ações e palestras a ser realizadas.

Para tudo isto, a equipe recebeu várias palestras prévias no início da intervenção sobre temas importantes como a realização de um acolhimento adequado, como fazer as avaliações Multidimensional, avaliação de risco para velhice e morbimortalidade, assim como temas de promoção em saúde sobre nutrição, cuidado dos dentes, prática de exercícios físicos, cuidados no usuário diabético e hipertenso e outros. Através disto, o nível profissional de toda a equipe se elevou, graças a nossa intervenção, oferecendo assim um atendimento de ótima qualidade para todos os usuários.

Nossa intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, já que para ter estes ótimos resultados todas as pessoas da unidade de saúde se envolveram na mesma, desde o pessoal que participou no acolhimento dos usuários e o pessoal do SAME (Sistema de Atendimento Médico e Estatístico) para fazer um melhor seguimento dos mesmos através das fichas espelhos. Além destes, outros profissionais da unidade se envolveram também nesta intervenção como o pessoal do NASF, odontólogo e pessoal da sala de vacinação, incorporando em suas rotinas de trabalho todas as ações propostas.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas no médico e as mesmas se resumiam no atendimento de consulta e alguma que outra visita domiciliar. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de idosos, assim como incorporou todos os elementos para realizar uma boa avaliação, desenvolvendo todos os pontos para realizar o atendimento do idoso conforme estão preconizados pelo SUS. A melhoria do registro e o agendamento das consultas e visitas dos idosos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, sendo atendidos por esta modalidade, somente aqueles usuários que apresentavam uma urgência ou que tinha sido agendado para consulta pela própria equipe.

Os fluxos de usuários melhoram muito dentro da instituição depois de aplicada a intervenção, além disso, a mesma atualmente serve de instrumento para traçar novas política de ação dentro da UBS, já que graças a ela se recadastrou a população contando com um número mais atualizado de usuários com doenças crônicas, permitindo uma efetiva distribuição e pedido de medicações.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, sendo mais conhecido pelos usuários idosos e pelas suas famílias que conhecem os benefícios que esta intervenção tem. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, assim como com as visitas domiciliares e a realização de palestras educativas, sendo os grupos de idosos no Club Roteri os de maior impacto positivo em nossa população. Mesmo assim gera um pouco de insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Esta insatisfação tem sido reduzida já que nossa unidade está fazendo três intervenções no mesmo tempo, ficando quase toda a população demarcada dentro de um grupo. Além disso, as intervenções tem possibilitado uma melhor organização no trabalho melhorando o atendimento as demandas espontâneas que podem receber a maioria das vezes consultas na hora.

Quero ressaltar que apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos sem cobertura, situação esta que acreditamos estar resolvida em curto prazo. Outros problemas que temos que resolver ainda é melhorar o atendimento odontológico e o preenchimento da caderneta dos idosos, situação esta que não temos em nossas mãos já que a equipe não conta com novas cadernetas para fornecer ao resto dos usuários assim como a situação com o atendimento

odontológico no município que está muito deteriorada, pela falta de infraestrutura e de matérias para efetuar o atendimento.

Caso a intervenção fosse iniciada neste momento, eu gostaria de iniciar a mesma baseada em uma análise situacional atualizada da população da área de abrangência, com um cadastro real de toda a população atendida na UBS, já que ter que realizar o estudo a partir de dados irreais baseados em suposições atrapalha um pouco o trabalho.

Além disto, eu iria discutir as atividades que estavam sendo desenvolvidas com a equipe, com o objetivo de aprimorar a obtenção de melhores resultados. Isto, com certeza teriam contribuído para obter melhores resultados nos indicadores, porque permitiria realizar um seguimento mais estreito, por exemplo, da cobertura da intervenção. Acredito que a cobertura teria sido maior se tivéssemos realizado também uma melhor articulação com as demais equipes desde o começo como aconteceu no final da mesma.

Também faltou uma articulação com a comunidade em geral para explicar os critérios para priorização da atenção aos idosos e discutir a melhor maneira de programar a mesma. Estes encontros foram feitos, mas somente com os idosos e suas famílias e não com a população em geral, fato este que no início da intervenção, atrapalhou um pouco o trabalho. Também a divulgação da intervenção não foi suficiente, apesar dos esforços realizados.

Agora que estamos no fim do projeto, a equipe está muito mais integrada entre seus diferentes membros, assim como temos uma maior integração com o NASF e o resto do pessoal da unidade de saúde,. Isto tem possibilitado a incorporação das ações na rotina do serviço, porém teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, assim como ampliar no dia a dia a cobertura da intervenção e resolver os dois aspetos que ficarem com pior desempenho, que é atendimento odontológico e a caderneta de saúde da pessoa idosa, mantendo ao mesmo tempo o bom desenvolvimento do resto dos indicadores já trabalhados.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço do nossa unidade de saúde, onde desenvolvemos simultaneamente a qualificação em três programas de saúde (idosos, hipertensos e diabéticos e ao atendimento pré-natal). Para isto, estamos ampliando o trabalho de conscientização com a comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos diferentes grupos, em especial os de

alto risco, sempre tentando garantir o atendimento à demanda espontânea para o resto da população.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros assim como a qualidade dos prontuários acabaram prejudicando a coleta de dados importantes para indicadores relativos às diferentes avaliações que foram feitas. No entanto a partir de agora, o seguimento dos registros assim como a qualidade dos prontuários serão ainda melhores. As fichas espelho dos idosos vão constituir o melhor instrumento de avaliação a partir de agora, levando ademais outros aspectos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, sendo obrigatório seu preenchimento e atualização para ter um seguimento de qualidade.

Nos próximos meses, tentaremos cobrir as duas áreas descobertas para que possam receber todos os benefícios da intervenção, também tentaremos aumentar ainda mais a cobertura e alcançar a meta fixada no resto dos indicadores, fazendo uma especial ênfase na cobertura do atendimento odontológico para os nossos usuários e na distribuição da caderneta de saúde do idoso que nas próximas semanas serão fornecidas pela secretaria de saúde. Pretendemos investir na busca ativa de idosos acamados ao com problemas de locomoção, assim como continuar evitando que existam idosos faltosos as consultas. Também tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar o programa de atenção a saúde da criança na UBS.

Graças a nossa intervenção temos garantido um aumento considerável na qualidade da atenção aos idosos e esperamos que as experiências obtidas sejam utilizadas para aumentar a qualidade dos atendimentos médicos em outras áreas e programas dentro da unidade de saúde com mais qualidade e esperança de vida para os usuários do SUS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estaremos apresentando a seguir, o relatório final da intervenção realizada no programa de saúde do idoso que foi desenvolvida em nossa comunidade nos últimos três meses. Através deste relatório pretendemos analisar o trabalho desenvolvido até o presente momento, destacando os pontos fortes do mesmo e aqueles que ainda merecem uma atenção maior para se concretizarem em definitivo.

Dentro das ações previstas no projeto a serem desenvolvidas nestas semanas e que foram realizadas, posso falar que todas as equipes estão realizando um ótimo acolhimento e cadastramento dos idosos. Conseguimos definir as atribuições de cada profissional e as ações que deveria desenvolver na mesma, além de garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional. A mesma foi levada com muito êxito atingindo 97,6% da população idosa atendida permitindo aumentar a capacidade diagnóstica para problemas de visão, risco e registro de quedas, atividades de vida diária, incontinência urinária, perda de peso e suporte social que antigamente não era refletida nos prontuários. Garantimos a solicitação de exames para os idosos, assim como a terapia medicamentosa pela farmácia popular com 98,8% e 100% respectivamente. Aspectos estes que embora fossem desenvolvidos com êxito necessitam muito do apoio do gestor de saúde e da prefeitura, já que a solicitação de medicamentos pela RENAME tem sua base no pedido feito pela secretaria de saúde, sendo a origem do mesmo o registro feito na UBS das necessidades dos usuários, pela prevalência das doenças mais frequentes. Além disso, têm existido pequenas irregularidades com os reativos de algumas determinações de exames, mas estes problemas foram oportunamente resolvidos pela secretaria de saúde, mesmo assim solicitamos que

continuam garantindo os exames fundamentais, assim como as medicações, principalmente para os idosos cadastrados como hipertensos e diabéticos.

Também trabalhamos com todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram detectados na nossa área até o momento, que somam 46, alguns deles recebendo visitas com periodicidade semanal e outros quinzenal, baseados na doença e nos riscos que apresentam. Também foram avaliados os idosos que apresentam uma pressão sustentada maior de 135/80 mmHg ou com diagnóstico diabetes, recebendo visitas pelo menos uma vez no mês, totalizando 177. Um problema detectado pelas equipes é a existência de pelo menos oito idosos que apresentam estados de saúde que não são para ser atendidos pela atenção primária de saúde, ou seja, eles precisam de uma atenção domiciliar tipo 2 pelo menos e em alguns casos de internação hospitalar. Esta situação tem sido informada em várias oportunidades ficando o problema sem solução pela reduzida quantidade de leitos que tem nosso hospital, assim como a carência de equipe multiprofissional de atenção domiciliar dentro de nosso município.

Mesmo assim nossa equipe tenta realizar para todos eles um atendimento diferenciado que inclui exames complementares, rastreamento para diabetes, avaliação do risco cardiovascular e de outros riscos potenciais. Até o momento não temos usuários idosos faltosos a consulta, mesmo por que a maioria de nossos atendimentos para eles são feitos, mediante visitas domiciliares e ações realizadas na mesma área onde eles moram, ou nos grupos de idosos feitos no Club Rotary. Mantivemos consulta com os idosos da área na quinta-feira de tarde e geralmente as mesmas são utilizadas para fazer um seguimento de perto de alguma doença que foram detectadas nas visitas ou nas ações prévias.

Tivemos um adequado preenchimento das folhas espelho atingindo 97,6%, onde as mesmas foram garantidas pela secretaria de saúde. Também realizamos corretamente a avaliação da morbimortalidade e os diferentes riscos incluindo a rede social. Todos estes parâmetros se encontram acima dos 85%. Os mesmo tem permitido identificar os principais fatores de risco que tem nossos idosos para adoecer e morrer além de identificar ou não a falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social, já que este aspecto é um dos fatores que contribuem negativamente para as suas condições clínicas e seu estado funcional, principalmente nos idosos acamados. É necessária uma maior ajuda por parte da secretaria de saúde e da prefeitura já que a maioria deles precisa de cadeira de

rodas, alguns de oxigênio suplementar e de material estéril pela patologia que apresentam, situação esta comunicada em diversas ocasiões para a secretaria e a prefeitura. No entanto esta situação se encontra ainda sem solução, assim aproveito este encontro para mais uma vez falar do tema.

Em nossa intervenção garantimos uma adequada promoção de saúde para todos nossos usuários, onde os mesmo receberem seja mediante entrevistas ou pelas palestras, orientações sobre nutrição, saúde bucal, prática de exercícios físicos, atingindo parâmetros acima dos 97%. Nossos dados até o momento demonstram que estas ações se desenvolveram muito bem, por exemplo: 97,6% dos idosos avaliados tem a avaliação multidimensional ao dia; 98,8% dos idosos avaliados têm os exames indicados; 100% dos idosos com HAS ou DM avaliados têm os exames em dia, assim como recebem tratamento das farmácias populares; 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram identificados na nossa área receberam atendimento diferenciado, mediante visitas; 97,6% dos idosos avaliados tem registro na ficha espelho em dia; 100% dos idosos avaliados tem avaliação da rede social em dia, assim como tem recebido orientações sobre riscos de acidentes e como preveni-los.

Temos algumas ações que embora desenvolvidas, ainda não atingiram os resultados esperados. No entanto confiamos que mesmo terminado as 12 semanas da intervenção, estes resultados serão atingidos com o trabalho do dia a dia de nossa unidade, melhorando ainda mais a proporção de idosos que tem avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação para fragilidade na velhice, ficando até o momento com 88% e 89,6% respectivamente. O principal problema detectado é que às vezes no momento da primeira consulta, não temos tempo suficiente de fazer estas avaliações importantes, mas eu acredito que em consultas subsequentes ela possa ser feita pela equipe sem problema nenhum.

Também tivemos ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas e as mesmas não foram realizadas, como o atendimento odontológico para os idosos e o preenchimento da caderneta do idoso para todos os usuários. Este problema foi percebido desde o mesmo momento que iniciamos o desenvolvimento da intervenção, já que todo o município de Santana é muito carente de atendimento Odontológico. Nossa UBS somente tem um odontólogo para 4 equipes e não possui nem cadeira odontológica, assim os atendimentos odontológicos são realizados em outra unidade de saúde, que fica muito distante da

nossa. Para piorar a situação, fazem 3 meses que eles não tem material nem para fazer extrações de dentes. Assim realizamos um total de 6 encontros com os profissionais de saúde da unidade de saúde e 5 com o senhor gestor aqui na própria secretaria de saúde, mas não foi possível para você resolver esta situação neste período, ficando o compromisso da secretaria e da prefeitura para resolver o mais rápido possível. Percebemos uma pequena melhoria nestas últimas semanas pelo menos relativo ao tema do material para trabalhar, acredito que a única maneira de resolver esta situação de uma vez seria a conclusão da nova UBS, mas esta obra já tem um atraso de mais de um ano.

Esta situação se agravou ainda mais, pois o gestor municipal de saúde foi trocado duas vezes em um prazo de apenas 4 meses. Assim acredito que algumas questões das que estamos falando aqui são possíveis que sejam ouvidas pela primeira vez pelo senhor gestor.

O outro grande problema dentro das ações que não conseguimos ofertar é com relação à distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa, pois a secretaria de saúde não tem as mesmas para oferecer. Este problema já foi dialogado com o secretário em dois momentos e com o responsável do PSF, mas a última resposta que a nossa equipe recebeu foi que o ministério estava fazendo uma nova caderneta para disponibilizar para todos os municípios do país e que a mesma ainda não foi repassada para os municípios. Mesmo assim obtivemos um percentual 30,5%, já que temos alguns usuários que tem a sua desde o ano passado. Hoje felizmente posso falar que já temos pelo menos uma parte das cadernetas e as mesmas estão sendo distribuídas entre os usuários.

Com relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, não tivemos problema nenhum, eu somente fiquei preocupado com uma situação, por uma estimativa feita, onde segundo esta, minha unidade de saúde conta com aproximadamente 1050 pessoas idosas até o momento. Conseguimos cadastrar mediante busca ativa 249 usuários que correspondem a 23,7%. Eu acredito que algumas questões tem influenciado este indicador. A primeira é que as outras três equipes de saúde somente iniciaram as ações relacionadas aos Idosos há apenas um mês. A segunda é que essa razão de 10% da população total não seja possível de aplicar em todas as áreas, pois em uma área de um ACS que tinha uma

população total de 468 pessoas, esperávamos ter pelo menos 46 pessoas acima de 60 anos. No entanto somente achamos 28.

Também tínhamos inicialmente que a estimativa de população total da unidade de saúde era maior da realidade. No entanto, após o trabalho de cadastramento das 3 equipes de saúde, podemos perceber pelos cadastros novos, que cada equipe conta com aproximadamente 3500 pessoas, totalizando 10500 no total. Mesmo com este novo valor, eu dialoguei com meu orientador desde o princípio da intervenção, relatando que era quase impossível atingir 100% de atendimento como meta. Agora a história está me dando à razão porque para eu poder ficar perto dessa porcentagem, teria que avaliar 87 usuários idosos novos a cada semana, ou seja, 21 por dia, um número que fica impossível de fazer. Como a nossa intervenção não é para ser realizada somente nestas 12 semanas de intervenção, mas sim para ser incorporada no trabalho das equipes diariamente, eu acredito que para final deste ano Outubro-Novembro seja possível atingir as metas estabelecidas.

As ações previstas no projeto estão incorporadas na rotina dos serviços das diferentes equipes de saúde e os nossos usuários estão a recebendo com muita alegria. O nosso principal problema continua sendo o atendimento odontológico tanto para os idosos como para as grávidas, crianças e usuários com doenças crônicas, mas que no momento este é um problema generalizado em todo nosso município. Nossa equipe tem o compromisso de continuar na aplicação de todas as ações programadas, mesmo após o término da intervenção, de maneira contínua, atingindo assim em um futuro perto o 100% de todos os indicadores, para isso solicitamos mais uma vez a ajuda da secretaria e a prefeitura principalmente em relação ao atendimento odontológico e no caso dos acamados com doenças graves. Desde já muito obrigado pela atenção e ajuda que vocês possam oferecer.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estaremos apresentando a seguir, o relatório final da intervenção realizada no programa de saúde do idoso que foi desenvolvida em nossa comunidade nos últimos três meses. Através deste relatório pretendemos analisar o trabalho desenvolvido até o presente momento, destacando os pontos fortes do mesmo e aqueles que ainda merecem uma atenção maior para se concretizarem em definitivo.

Dentro das ações de saúde previstas no projeto a serem desenvolvidas nestas semanas e que foram realizadas pelas equipes de saúde, posso falar que temos feito um ótimo acolhimento e cadastramento dos idosos. Conseguimos definir as atribuições de cada profissional, aspecto este que contribuem a uma maior fluidez do atendimento aos usuários. Todos os idosos atendidos foram avaliados e seguem a escada de Avaliação Multidimensional, onde a mesma permite que a equipe de saúde tenha uma ideia do estado clínico geral deste para identificar problemas de visão, risco e registro de quedas, atividades de vida diária, incontinência urinária, perda de peso e suporte social que antigamente não eram registradas nos prontuários e nem avaliadas pela equipe. Garantimos com esta intervenção a solicitação dos principais exames para os idosos, assim como a terapia medicamentosa pela farmácia popular. Trabalhamos com todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram detectados na nossa área até o momento, que somam 46, onde alguns destes recebem visitas com periodicidade semanal e outros quinzenal, baseados na doença que apresentam e alguns riscos que também foram avaliados.

Durante este período todos os idosos que apresentaram uma pressão sustentada maior de 135/80 mmHg ou com diagnóstico diabetes receberam a visita da equipe nas casas deles, e a maioria está participando do grupo de idosos na

sede no Club. Estamos realizando um atendimento diferenciado para todos os idosos, que inclui exames complementares, rastreamento para diabetes, avaliação do risco de apresentar uma doença cardiovascular grave e outros. Até o momento não temos usuários idosos faltosos a consulta, mesmo por que a maioria de nossos atendimentos foi feito mediante visitas domiciliares nas próprias casas de vocês. Queremos sinalizar que este avanço é graças ao inter-relacionamento que apresentam quase todos nossos ACS com as áreas que eles atendem e também ao interesse demonstrado pelos usuários e seus familiares. Mantivemos nestas semanas a consulta com os idosos da área na quinta-feira de tarde e geralmente as mesmas foram utilizadas para fazer um acompanhamento mais de perto de alguma doença que foram detectadas nas visitas ou nas ações prévias.

Em nossa intervenção se reincorporou aos prontuários o preenchimento das folhas espelho, onde as mesmas permitiram manter um adequado seguimento dos usuários, já que elas refletem todas as ações realizadas nesta intervenção de uma forma sintetizada. Também realizamos corretamente a avaliação da morbimortalidade e da rede social assim como o maior ou menor risco de fragilidade na velhice que eles apresentam. A mesma permitiu identificar os principais fatores de risco que tem nossos idosos para adoecer e morrer além de identificar ou não a falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social, já que este aspecto é um dos fatores que contribuem negativamente para as suas condições clínicas e seu estado funcional. Esta ação também contribuiu na avaliação da dinâmica de funcionamento familiar, servindo de instrumento para intervenções que puderem auxiliar no restabelecimento do equilíbrio familiar.

Em nossa intervenção também garantimos uma adequada promoção de saúde para todos nossos usuários, onde os mesmo receberem seja mediante entrevistas ou pelas palestras, orientações sobre nutrição, saúde bucal, prática de avaliação multidimensional e indicação de exames. Todos os idosos com HAS ou DM avaliados têm os exames em dia, assim como recebem o tratamento das farmácias populares. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção que foram identificados na nossa área estão recebendo um atendimento diferenciado, mediante as visitas domiciliares, além de estarem devidamente registrados na ficha espelho e com avaliação da rede social em dia.

Temos algumas ações que embora desenvolvidas, ainda não atingiram os resultados esperados. No entanto confiamos que mesmo terminado as 12 semanas

da intervenção, estes resultados serão atingidos com o trabalho do dia a dia de nossa unidade, melhorando ainda mais a proporção de idosos que tem avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação para fragilidade na velhice.

Também tivemos ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas e as mesmas não foram realizadas, como o atendimento odontológico para os idosos e a distribuição da caderneta do idoso para todos os usuários. Sobre o atendimento odontológico, percebemos este problema desde o início mesmo da intervenção, já que todo o município de Santana é muito carente de atendimento Odontológico. Para piorar a situação, faz três meses que não tem material nem para fazer extrações de dentes em nossas UBS, mas acredito que esta situação possa ser resolvida com a maior brevidade possível pelo gestor de saúde. O outro grande problema dentro das ações que não conseguimos ofertar é com relação à distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa, pois a secretaria de saúde não tem as mesmas para oferecer. Este problema já foi dialogado com o secretário. Nossa equipe ficará cobrando o tempo todo da secretaria para tentar arrumar esta questão.

Todos estes benefícios que relatamos até o momento somente foram ofertados para apenas 23,7% dos idosos da nossa área adstrita. Sabemos da importância de penetrar nas áreas descobertas assim como aumentar ainda mais a divulgação das ações da intervenção. Para isso, a ajuda da comunidade sempre tem sido de grande importância e eu sei que continuamos contando com ela. Assim, gostaríamos de salientar que todas estas ações descritas estão incorporadas na rotina dos serviços das diferentes equipes de saúde e os nossos usuários estão a recebendo com muita alegria. Nossa equipe tem o compromisso de continuar na aplicação de todas as ações programadas, mesmo após o término da intervenção, de maneira contínua.

Quero parabenizar a nossa comunidade já que as ações de engajamento público contaram com o total apoio de vocês. A comunidade foi envolvida dentro do processo de aplicação das diferentes ações de saúde. A estratégia de levar a maioria do atendimento o mais perto possível das áreas de moradia, por meio do planejamento feito junto com os ACS, tem garantido que a população participe das palestras, ações de saúde e atividades coletivas com o NASF. Porém, é importante agradecer o apoio da comunidade e dos familiares que têm se envolvido no processo, assim como as diferentes lideranças, segurando que suas opiniões

sempre serão levadas em conta como tem sido até este momento. Quero pedir para vocês que continuem ajudando a nossas equipes, com o fim de aumentar ainda mais o nível de saúde da população de nossa UBS, mediante uma maior perfeição das ações e a implementação de novos protocolos em outras áreas de atenção que também precisam de mudanças. Obrigado pela ajuda recebida de todos vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Posso falar que minhas expectativas iniciais foram superadas, pois conseguimos desenvolver muito bem o curso de especialização. Através deste, pude conhecer melhor as ações que devem ser realizadas com os usuários e com a equipe de saúde, ampliando nosso conhecimento acerca das políticas de saúde públicas brasileiras, principalmente na ESF. Também foi ótimo porque tivemos a oportunidade de escolher nosso foco de intervenção, levando assim a nossa criatividade ao nível superior, participando diretamente com a população nas diferentes ações de saúde. Também tivemos a experiência de fazer o curso todo pela internet, o que foi uma oportunidade única para a maioria dos médicos do programa “Mais médico”.

Através desta intervenção, conseguimos iniciar a troca de importantes informações relacionadas a implementação das políticas de saúde, que até nesse momento, não estavam se desenvolvendo. Considero que o curso, assim como a realização da intervenção, tem permitido aumentar meu conhecimento em atenção primária à saúde sobre em algumas doenças que quase não existem em meu país, como a Hanseníase, o Tracoma, a Leishmanioses e a Malária. Além disto, tem propiciado implementar os diferentes protocolos de atuação em saúde desenvolvidos no Brasil, que às vezes diferem um pouco com os protocolos de Cuba o país onde eu me formei como médico e levo trabalhando há 9 anos já. Graças a nossa intervenção, hoje conhecemos a realidade da população atendida pela nossa equipe, identificando as principais doenças que sofrem nossos usuários, principalmente os idosos. Também sabemos quais são as nossas limitações e principais problemas para modificar alguns aspectos dentro da população, para diminuir a incidência destas doenças.

Nosso trabalho tem beneficiado muito o trabalho da UBS toda, pois conseguimos maior interação entre todos os membros da nossa equipe e das demais equipes, melhorando assim, a qualidade da atenção oferecida na nossa UBS. Além disso, conseguimos descentralizar o trabalho, oferecendo a cada membro da equipe uma responsabilidade e uma tarefa, em consonância com sua responsabilidade dentro da equipe, permitindo assim que cada membro sintasse-se útil.

Foi muito legal a interação com outros colegas no Ambiente Virtual de aprendizagem e nos fóruns de debate, sobretudo o fórum de clínica, já que neste espaço conseguimos intercambiar conhecimentos, postar casos interessantes, discutir temas de interesse e pedir uma segunda opinião a um parceiro nosso sobre um caso difícil de abordar.

Outra coisa que eu gostei muito foram os casos clínicos, já que possibilitaram testar meus conhecimentos sobre problemas comuns da atenção primária à saúde e, ao mesmo tempo, revisar aspectos teóricos relativos a estes problemas. Agora que já finalizamos o curso, temos resultados concretos que constituem uma proposta de trabalho, onde vai permanecer em nossa UBS, oferecendo assim continuidade das ações programáticas implantadas, mediante uma postura de trabalhar baseado em evidências, em registros, em protocolos com o objetivo final de melhorar os indicadores de saúde da população brasileira para que sejam os melhores de América Latina.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

BEAUVOIR, Simone. A velhice: realidade incômoda. (2a ed.). DIFEL, São Paulo 339pp, 1976.

IBGE. **Censo Demográfico 2009 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2014.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

Portal da Cidadania, Governo do Amapá, descrição do município Santana Disponível em: http://www.amapa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=539 Acessado em 18 março de 2015.

SAYEG, Mário Antônio; MESQUITA, Regina Ângela Viana; COSTA, Neidil Espínola. Políticas públicas para o envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006.

Siqueira, Fernando Carlos Vinhole ET al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física**: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 39-44, 2009.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Anexo E- Fotografias de vistas domiciliares



Fotografia 1: Visitas domiciliares a usuários com doenças crônicas



Fotografia 2: Visitas domiciliares a usuários com doenças crônicas



Fotografia 3: Ações de saúde e palestras com os idosos realizadas na área.



Fotografia 4: Ações de saúde e palestras com os idosos realizadas na área.



Fotografia 5: Ações de saúde realizadas na área.



Fotografia 6: Ações de saúde realizadas na área.



Fotografia 7: Ações de saúde realizadas na área



Fotografia 8: Ações de saúde realizadas na área.