

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Luciliana Bastos da
Silva, Serra do Navio-AP**

Antonio Berrio Sanchez

Pelotas, 2015

Antonio Berrio Sanchez

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Luciliana Bastos da
Silva, Serra do Navio-AP**

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

Orientadora: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S211m Sanchez, Antonio Berrio

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP / Antonio Berrio Sanchez; Ana Carine Ferreira de Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Araújo, Ana Carine Ferreira de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa e filhos por terem me apoiado à distância, e acreditarem sempre em minha fé de ajudar aos necessitados.

Agradecimentos

A minha orientadora Ana Carine Ferreira de Araújo, pela ajuda no curso.

A UFPEL, pela oportunidade de fazer este projeto.

À equipe de saúde, principalmente a nossa preparadora física Katiane.

À nossa técnica de enfermagem Siulane, pelo apoio nos horários extras.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pelo grande apoio e esforço oferecido.

Resumo

SANCHEZ, Antonio Berrio. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento populacional vem sendo observado em vários países, inclusive no Brasil, onde mais de 10% da população apresenta-se com mais de 60 anos. Por esse motivo mostra-se importante ofertar o cuidado à saúde específico aos idosos, entendendo que esse cuidado deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. Este trabalho apresenta uma intervenção com o objetivo de melhorar a saúde dos idosos residentes no território adscrito à UBS Luciliana Bastos da Silva, no município de Serra do Navio-AP. A UBS está localizada na área rural do município, e possui uma equipe de saúde da família composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, cinco ACS, uma psicóloga, uma educadora física, uma nutricionista e uma assistente social. Atende uma população de cerca de 1.500 habitantes, sendo a população alvo da intervenção estimada em 77 idosos residentes na área de abrangência. A intervenção foi realizada em 12 semanas, com a prática de acolhimento, atendimento e cadastramento de idosos, busca ativa de faltosos, visita a acamados, registro específico e monitoramento das ações, capacitação da equipe e atividades de educação em saúde. Foi utilizado o Caderno da Atenção Básica - Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento - como protocolo, e ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso como instrumentos de registro e monitoramento. A cobertura no primeiro mês atingiu 33,8% com 26 idosos cadastrados, no segundo mês cadastramos 39 idosos (84,4% de cobertura) e no terceiro mês foram cadastrados 10 idosos chegando a 97,4%, para um total de 75 idosos cadastrados. Os parâmetros qualitativos dos três meses foram 100%, porque todos receberam Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares periódicos, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro específico em ficha espelho, avaliação da rede social, receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, foram rastreados para hipertensão arterial, rastreados quanto ao risco de morbimortalidade, investigados quanto à presença de indicadores de fragilização da velhice, e foram orientados sobre alimentação saudável e para a prática regular de atividade física. Todos os idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, e 85,3% dos idosos realizaram a primeira consulta odontológica, sendo todos estes orientados quanto à higiene bucal. Melhoramos a atenção à saúde dos idosos, com atendimento prioritário e de qualidade por uma equipe multidisciplinar, e organizamos o processo de trabalho, incorporando estas atividades como rotina de nosso serviço e favorecendo o funcionamento da UBS e do trabalho integral da equipe de saúde.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Cadastramento da população idosa na UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP, 2015. 66
- Figura 2 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na população idosa da UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP, 2015. 69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
ASB -	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CLS -	Conselho Local de Saúde
CRAS -	Centro de Referências de Assistência Social
DM -	Diabetes Mellitus
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
PA -	Pressão Arterial
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPel -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística	54
2.3.4 Cronograma.....	59
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão	71
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	81
Apêndices	82
Anexos	86

Apresentação

O volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que aborda a realização de uma intervenção para melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Luciliana Bastos da Silva, no município de Serra do Navio-AP. Está composto por sete capítulos. O capítulo 1 traz a Análise Situacional, onde abordamos a situação da UBS e do nosso serviço. O capítulo 2 traz a Análise Estratégica, onde apresentamos o projeto de intervenção a ser realizado. O capítulo 3 trata do Relatório de Intervenção, onde relatamos como foi implementado o projeto de intervenção na UBS. O capítulo 4 apresenta os resultados alcançados com a intervenção. Os capítulos 5 e 6 trazem o Relatório para gestores e o Relatório para a comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 aborda a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante a intervenção. Ao final seguem as referências e anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ideia do Ministério de Saúde de fazer uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi muito bem acertada porque é um programa muito importante para todo Brasil, incluindo zonas rurais onde a população historicamente tinha dificuldade de acessar a atenção básica, ficando gestantes e crianças sem atendimento médico, ou muitas vezes tinham um atendimento sem qualidade. Hoje podemos falar que a situação está mudando para melhor.

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Luciliana Bastos, localizada no município Serra do Navio, ao norte do estado do Amapá. Tem boas condições estruturais iluminação e ventilação. Na recepção a auxiliar de enfermagem acolhe o usuário, procura o prontuário, faz a triagem e logo passa para a consulta médica. Tem uma sala de observação, salas de reuniões, farmácia, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de microscopista, sala de vacinação, sala de curativos, laboratório, depósito, lavanderia, copa, cozinha e dois banheiros.

A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e uma microscopista. Temos uma equipe muito unida, muito profissional e comprometida com a saúde do povo do Brasil. Mensalmente fazemos reuniões para planejar o trabalho, avaliando o trabalho feito e os resultados do mês anterior, e discutindo as ações de saúde a serem feitas na comunidade.

Nossa UBS tem uma população adstrita de aproximadamente 1.500 habitantes. Realizamos consultas de atenção pré-natal, puericultura, atendimento a doenças crônicas, idosos. O agendamento de consulta para as gestantes é feito,

mas elas vão à consulta de forma irregular. Fazemos visitas domiciliares, que são marcadas periodicamente pelos ACS. Fazemos ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, como palestras para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Trabalhamos em parceria com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo que cada profissional que o compõe participa de nossas atividades. Temos laboratório para fazer teste de malária, tomada de amostra para leishmaniose, teste rápido de glicemia. Ainda temos dificuldade para fazer teste de toxoplasmose e alguns exames de laboratório, especialmente para atenção pré-natal.

Os principais problemas detectados são a prevalência e incidência de casos de malária, que, comparando com o ano anterior e com os registros históricos da região, nesta época do ano já deveriam ter diminuído, o que não aconteceu devido à prolongação do período de chuva.

A comunidade não é participativa, não existe Conselho Local de Saúde (CLS) em minha unidade, falta apoio da comunidade para cortar a grama, eliminar o lixo dos quintais e conter a reprodução de pernilongos. Temos também uma população muito carente, com precárias condições de moradia, fatores de risco social, gravidez na adolescência, verminose, doenças respiratórias agudas, alcoolismo, hábito de fumar, alto consumo de gordura e sal, obesidade, sedentarismo.

Ainda estamos identificando as debilidades de nossa UBS, procurando os principais problemas da comunidade para fazer um plano de ação e iniciar a mudança da forma de trabalho que ainda se baseia em uma medicina essencialmente curativa e não preventiva, onde o indivíduo é tratado de forma isolada de seu contexto social, sem valorar os principais fatores de risco e estilos de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Serra do Navio-AP tem uma população de aproximadamente 7.000 habitantes. Possui cinco UBS com ESF, com boa disponibilidade de NASF que complementa o trabalho da equipe de Saúde da Família, e é composto por uma psicóloga, um preparador físico, uma nutricionista e uma assistente social. Não

temos atenção especializada, mas temos um serviço hospitalar com vários leitos para internamento dos usuários, e os exames complementares são feitos todos os dias da semana.

A UBS Luciliana Bastos está localizada numa área rural do município, possui como modelo de atenção a ESF, e está vinculada completamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma ASB, cinco ACS, e uma assistente social, e está adequada ao tamanho da população atendida, que está em torno de 1.500 habitantes.

Nossa UBS está instalada num local adaptado de uma antiga unidade de saúde, que foi reformado no final do ano de 2013, mas ainda é pequena para fazer todas as atividades de saúde que precisamos. Temos numa sala de espera um espaço para acomodação de 20 usuários, com cadeiras confortáveis. Não existem barreiras arquitetônicas para acessar a unidade, mas não tem espaços adaptados para usuários com deficiência, nem banheiro para deficiente. A ventilação não é adequada, os pisos e paredes são laváveis, e as características estruturais facilitam a transmissão de ruído externo para a consulta. Não tem serviço de internet, computador ou telefone. Não existe sanitário para os funcionários nem salas de reuniões. Existe um pequeno laboratório para fazer lâminas de gota espessa de usuário com sintomas de malária, depósito de material de limpeza e depósitos para o lixo não contaminado e para resíduos sólidos com coleta de lixo semanal, para lavagem e descontaminação de material. Não existe sala de esterilização e estocagem de material. As portas são revestidas com materiais laváveis e as janelas são de madeira. Temos uma sala de guarda de prontuários com boa segurança e fácil acesso à recepção e a triagem, e estão ordenados por família. Temos uma pequena sala para as atividades em grupo que, às vezes, se utiliza para reuniões de equipe. Os consultórios médicos, consultório da enfermeira e o consultório odontológico têm boa iluminação e climatização. Temos ainda sala de nebulização, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, cozinha e escovário.

Em reunião de equipe, discutimos e avaliamos as dificuldades que tem nossa UBS no momento, e concluímos que é necessária adequação do banheiro para deficientes e população idosa; fornecimento de uma cadeira de rodas para o traslado de deficientes e idosos dentro da UBS; solicitação do serviço de internet, computador e telefone para um melhor funcionamento da UBS; construção de um

banheiro e sanitário para os funcionários. Todo mês em reunião de equipe é feita uma discussão para avaliar o cumprimento dos acordos para a melhora da estrutura da UBS.

No processo de mapeamento e territorialização em nossa UBS participaram a maioria dos profissionais integrantes da equipe, mas os ACS fazem a maior parte do trabalho. A equipe de saúde processa a informação, procura fatores de risco, prioriza as áreas de abrangência mais necessitada e define os planos de trabalho. Fazemos atendimento no domicílio. As ações de saúde são feitas periodicamente dando resposta as necessidades da população. A enfermeira e técnica de enfermagem fazem procedimentos de troca de sonda, curativos, verificação de pressão arterial, troca de sonda vesical, procedimentos de enfermagem, aplicação de medicamentos injetáveis e orais, busca ativa de usuários faltosos, realização de atividades de grupo na UBS. Também fazemos notificação compulsória de doenças e agravos e o gerenciamento de insumos para o funcionamento da UBS. Temos reuniões de equipe mensalmente para programar as atividades, discutir os problemas apresentados e as possíveis soluções.

Temos uma população estimada de cerca de 1.500 habitantes. De acordo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP), é composta por 509 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 317 mulheres entre 25 e 64 anos, 65 mulheres entre 50 e 69 anos, 22 gestantes, 32 menores de um ano, 64 menores de cinco anos, 340 pessoas de 5 a 14 anos, 927 de 15 a 59 anos, 77 pessoas com 60 anos ou mais, 763 pessoas entre 20 e 59 anos, 840 pessoas com 20 anos ou mais, 265 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão, 76 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

O acolhimento dos usuários é realizado pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira, que avaliam a necessidade de cada pessoa. O agendamento de consulta é feito por ordem de chegada dos usuários, mas sempre acolhemos e atendemos aqueles com febre, dores, pressão arterial (PA) alta, e temos uma ambulância para encaminhamento ao pronto socorro de usuários que precisem atendimento de urgência. Estamos trabalhando para que os ACS façam identificação de riscos para priorizar os atendimentos.

Nas reuniões de equipe fazemos debates sobre práticas e processos de acolhimento, procurando a melhoria da escuta e da acessibilidade do usuário ao serviço. Geralmente o fluxo de usuários a consulta acontece bem planejado e

organizado. Aqueles com atividades definidas, como consultas ou vacinas, são recebidos e devidamente direcionados, outros, sem agendamento, são acolhidos e orientados para a próxima consulta agendada ou para ficar e aguardar atendimento no dia, se for necessário. É um trabalho em equipe, mas os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem sem agendamento prévio são capazes de identificar riscos e classificar devidamente cada usuário.

A atenção às crianças não acontece de forma programática, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, com sete consultas anuais para os menores de um ano, duas consultas anuais para crianças entre um ano e dois anos e uma consulta ao ano para crianças maiores de dois anos. Não era uma ação priorizada na UBS, mas isso começou a mudar depois que fizemos as primeiras reuniões de equipe e falamos sobre a importância de planejamento de consultas de puericultura e sobre a importância da consulta de enfermagem. Agora a primeira consulta é feita antes dos sete dias de nascido, se não for possível em consulta fazemos visita domiciliar, a equipe avalia os fatores de risco, orienta as mães sobre os cuidados do recém-nascido, sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e orienta sobre o calendário vacinal. Mas ainda não há um registro específico que possibilite acompanhamento do programa. Para o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas foi preciso olhar os prontuários das crianças menores de um ano.

De acordo com os números estimados, há 32 crianças menores de um ano e temos uma cobertura de 66%, com apenas 22 crianças menores de um ano acompanhadas pela UBS. Em relação aos indicadores de qualidade, todas realizaram teste do pezinho até sete dias e triagem auditiva, foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, e suas mães receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes. Apenas 17 crianças (81%) estavam com as consultas em dia, 14 (67%) haviam realizado primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 19 (90%) estavam com vacinas em dia, e 12 (57%) foram avaliadas quanto à saúde bucal. Avaliamos que é preciso fazer um registro específico dos atendimentos das crianças, anotar e analisar com mais precisão os controles de puericultura.

O atendimento à gestante de baixo risco é feito pelo médico e pela enfermeira, segundo o protocolo do Ministério de Saúde, e toda equipe de saúde participa da atenção de forma ativa. Os ACS acompanham em domicílio. Na consulta pré-natal identificamos e avaliamos os fatores de risco, sendo as de alto

risco encaminhadas ao pré-natal de alto risco. O serviço de odontologia também faz acolhimento às gestantes e avaliação odontológica. Nas palestras são desenvolvidas ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, planejamento familiar, aleitamento materno e imunizações. Os cuidados pré-natais e das puérperas são planejados em cada reunião de equipe, e realizamos consulta mensal, visita domiciliar periódica, e atividades educativas de grupo. A identificação da gestação é precoce, mas ainda há gestante não cadastrada ou que prefere fazer o pré-natal em outro serviço de saúde. Todas as gestantes acompanhadas na UBS tem um registro específico em prontuário.

A estimativa de gestante na área de abrangência pelo CAP é de 22, mas temos cadastradas na UBS apenas 12, o que confere cobertura de 53%. Fazendo uma avaliação dos indicadores de qualidade, temos 11 gestantes (92%) que foram iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, estão com consultas em dia, e tiveram os exames laboratoriais preconizados solicitados na primeira consulta; as 12 gestantes (100%) receberam vacina antitetânica e contra hepatite B, receberam a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, e receberam orientação para aleitamento materno; apenas seis gestantes (50%) realizaram exame ginecológico por trimestre, e oito (67%) foram avaliadas quanto à saúde bucal.

Olhando os números podemos dizer que ainda falta muito trabalho por fazer para ter uma atenção pré-natal de qualidade, pois temos que trabalhar para que 100% façam o exame ginecológico, e que sejam avaliadas quanto à saúde bucal, além de estender a atenção para todas as gestantes da área. Nossas prioridades são: captar 100% das gestantes para o pré-natal; envolver toda a equipe nas atividades de grupo; e avaliar e monitorar o Programa de Pré-Natal e Puerpério, sendo a enfermeira a profissional responsável por tal tarefa.

O programa de prevenção do Câncer de Colo de Útero acontece de forma programada. Seguindo o protocolo do ministério de saúde feito por a enfermeira do equipe e preenchendo o registro de controle do programa de câncer de colo de útero na UBS.

Considerando a estimativa do CAP, temos uma cobertura de 40% no programa de prevenção do Câncer de Colo de Útero. Das 317 mulheres de 25 a 64 anos, acompanhamos 127 na UBS, sendo 108 (85%) com exame citopatológico em dia, avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, e que receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre DST. 99 mulheres

(78%) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, e apenas uma mulher (4%) teve exame alterado.

No programa de prevenção do Câncer de Mama, apresentamos cobertura de 69%, com 45 mulheres de 50 a 69 anos acompanhadas pela UBS. Todas foram orientadas sobre prevenção do câncer de mama, mas apenas sete mulheres (16%) estão com mamografia em dia, e 22 (49%) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama.

Acredito que nossa equipe de saúde tem que se unir ainda mais para tentar controlar 100% da população quanto ao risco de câncer de colo do útero e de mama, com o estabelecimento de um registro específico do programa. Temos que diminuir o rastreamento oportunista e aumentar o rastreamento organizado dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos de forma planejada. Uma grande dificuldade é a carência da realização de mamografia em nossa área, pois o mamógrafo mais próximo está localizado a 200 km do município, e a maioria da população não pode ir para realizar o exame. Temos que aumentar as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, visita domiciliar, palestras em UBS, avaliar as microáreas com maior problema, envolver a toda a população.

Os programas de atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) acontecem de forma não programática, nem segue protocolo do Ministério da Saúde (MS). O atendimento muitas vezes é baseado na demanda espontânea, mas nossa equipe de saúde tenta fazer um atendimento integral e fazer uma boa organização das ações e atendimentos, e o NASF tem acompanhado boa parte desse grupo. Existem muitos usuários faltosos, que somente querem receber os medicamentos sem passar por consultas, e a atuação dos ACS para a procura destes usuários é muito importante. Os programas não são monitorados nem avaliados com a periodicidade requerida, pois não há um registro específico, o que não permitiu, inclusive, o preenchimento correto do Caderno de Ações Programáticas, o que nos levou a verificar os prontuários.

O número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em nossa área, segundo o Caderno de Ações Programáticas, é de 265 hipertensos, mas temos cadastrados somente 112, o que nos confere uma cobertura de 42%. Vale ressaltar que muitos usuários não são acompanhados pela UBS, pois fazem acompanhamento em clínicas privadas. Os indicadores da qualidade ainda são

baixos, porque temos muitos faltosos à consulta para avaliação cardiovascular, sendo que apenas 51 hipertensos (46%) tiveram essa avaliação, 78 (70%) estavam com exames complementares periódicos em dia, e apenas 28 (25%) foram avaliados quanto a saúde bucal. Felizmente todos os hipertensos receberam orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular.

A estimativa do número de diabéticos residentes em nossa área, no Caderno de Ações Programáticas, é de 76 diabéticos, mas temos cadastrados somente 31, o que nos confere uma cobertura de 41%. Como falamos, há diabéticos que fazem acompanhamentos em clínicas privadas. Os indicadores da qualidade estão melhores, porque temos um sistema de avaliação de diabetes com dosagem de glicose mensal em todos os diabéticos cadastrados e aproveitamos a vinda deles para avaliação cardiovascular e ofertar atividades de promoção e prevenção. Assim, todos foram estratificados quanto ao risco cardiovascular, estão com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses e receberam orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Havia 18 diabéticos (58%) com consultas em atraso, e apenas 4 (13%) estavam com avaliação de saúde bucal em dia. A avaliação de saúde bucal é baixa porque a dentista trabalha somente uma vez por semana.

Avaliando os programas de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, percebemos que temos que selecionar um responsável para avaliação de programa de DM e HAS, e atualizar os registros. Temos também que buscar uma articulação intersetorial no enfrentamento destas doenças crônicas, com ajuda de professores e alunos das escolas, através de atividades de promoção e prevenção para a comunidade. Planejamos buscar os usuários não cadastrados para acompanhamento nos programas, e as ASC têm em com função localizar todos os faltosos e agendar consulta.

A atenção à saúde do idoso não acontece de forma programática e nem integral, porque só temos controlado os fatores de risco associados à hipertensão e diabetes, esquecendo os riscos psicológicos e de isolamento que muitas vezes os tornam vulneráveis. Não existe prioridade na atenção da pessoa idosa, e os que são atendidos, são considerados como usuário comum em consulta clínica. Não temos registro específico, não seguimos protocolo para atendimento à pessoa idosa, não existe pessoal responsável para monitoramento do programa, não existe pessoal que informe sobre as atividades feitas com idosos. A preparadora física e a

assistente social são as únicas envolvidas na atenção ao idoso, mas deve ser uma responsabilidade de toda a equipe de saúde. No município existe um centro local de atenção à população idosa onde acontecem atividades culturais e de lazer, mas não é utilizado 100%, e fazem atividades que não são para idosos.

O Caderno de Ações Programáticas foi preenchido com os dados pesquisados em prontuários. Temos uma estimativa de 77 idosos em nossa área, mas temos registro de acompanhamento de apenas 22, o que representa uma cobertura baixa, de apenas 29%. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa avaliados estão muito baixos. Nenhum idoso está com acompanhamento em dia, recebeu Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, teve a Avaliação Multidimensional Rápida realizada, foi avaliado quanto ao risco para morbimortalidade, ou teve indicadores de fragilização na velhice investigados. Apenas metade recebeu orientações para alimentação saudável e para atividade física regular, e está com avaliação de saúde bucal em dia.

Avaliamos que estamos fazendo muito pouco em relação à atenção à pessoa idosa. Temos que melhorar o acompanhamento da pessoa idosa, ler os protocolos do MS e adaptar à nossa realidade da comunidade. É uma prioridade da equipe de saúde discutir e implementar o protocolo de atendimento à pessoa idosa para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS, com atenção integral destas pessoas.

A atenção à saúde bucal na UBS é realizada por uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, apenas duas vezes por semana. Há excesso de demanda, com cerca de 25 pessoas para atendimento por dia, sendo dada prioridade para pré-escolares, escolares, gestantes e idosos. O desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários acontece somente nas escolas, porque o tempo que a dentista tem é muito reduzido. Os registros existentes não atenderam a necessidade para preenchimento do CAP, inviabilizando a avaliação de indicadores.

Encontramos muitos problemas organizacionais em nossa UBS. Não existia conselho local de saúde, as reuniões de equipe de saúde não eram feitas com qualidade, a comunidade não participava ativamente nas palestras. Mas agora todas essas deficiências estão melhorando, porque temos uma UBS fortalecida e organizada e o conselho local de saúde foi conformado. O maior desafio em nosso trabalho é manter unida nossa equipe de saúde e vincular nosso trabalho com os outros setores da comunidade para assim ter melhores resultados de trabalho e

aproveitar os poucos recursos (materiais e humano) que nossa UBS tem. Ainda temos muitas coisas por fazer, mas acredito que já estamos no caminho correto.

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

É importante falar que antes da intervenção eu não conseguia fazer um detalhamento das problemáticas mais importantes que tinha a minha comunidade, somente depois que fui avançando e desenvolvendo as tarefas do curso consegui lidar melhor com o Análise Situacional. Comparando o texto inicial com o relatório da análise situacional, podemos falar que o relatório da análise situacional está muito melhor que o texto inicial, porque no princípio não tinha uma visão detalhada sobre a situação real da UBS. Foi de muita importância a análise situacional porque consegui me aprofundar nos principais problemas de saúde da minha área de abrangência e forneceu ferramentas muito importantes para o planejamento das atividades do curso. Pensei que seria muito difícil elaborar uma análise situacional tão detalhada numa área que nunca tinha sido estudada a fundo, mas evidentemente, com o avanço dos dias, conseguimos fazê-lo, através dos questionários e do CAP, ferramentas muito importantes no trabalho do dia a dia da UBS e da ESF. Agora a equipe possui uma visão mais crítica sobre o serviço e o trabalho realizado, pois tem conhecimento de como deve ser, e pode trabalhar para melhorar.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional vem sendo observado em vários países, inclusive no Brasil, onde mais de 10% da população apresenta-se com mais de 60 anos (IBGE, 2010). O acompanhamento clínico e de promoção à saúde traz grande impacto no controle das doenças e na saúde dos idosos, permitindo identificar precocemente sinais e sintomas de doenças, e adotar medidas que contribuem para a eliminação ou controle desse processo. Assim, é importante ofertar o cuidado à saúde específico para a pessoa idosa, entendendo que o este deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2006).

A UBS Luciliana Bastos da Silva, localizada na área rural do município de Serra do Navio-AP, está vinculada ao SUS e possui uma equipe de saúde da família. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, cinco ACS, uma psicóloga, uma educadora física, uma nutricionista e uma assistente social. A UBS não possui barreiras arquitetônicas, mas não é adaptada para usuários com deficiência e idosos com dificuldade de locomoção. Tem um pequeno laboratório para fazer lâminas de gota espessa para o diagnóstico de malária, uma pequena sala para as atividades em grupo, sala de espera, sala de vacinas, sala de curativos, consultório médico, consultório da enfermeira e consultório odontológico, com boa iluminação e climatização. A população da área adstrita é composta por 1.500 habitantes. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, estima-se que 77 pessoas tenham 60 anos ou mais.

A atenção à saúde do idoso na UBS não acontece de forma programática e nem integral. Não temos registro específico, não seguimos protocolo para atendimento à pessoa idosa, e não existe pessoal responsável para monitoramento

do programa. A cobertura e a qualidade da atenção estão aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. Temos um baixo índice de cadastramento e acompanhamento das pessoas idosas, com uma cobertura estimada em 29%, e nenhum idoso apresenta acompanhamento em dia, recebeu Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, teve a Avaliação Multidimensional Rápida realizada, foi avaliado quanto ao risco para morbimortalidade, ou teve indicadores de fragilização na velhice investigados. Apenas metade recebeu orientações para alimentação saudável e para atividade física regular, e tinha avaliação de saúde bucal em dia.

Entre as dificuldades encontradas para o cuidado da pessoa idosa no território, destacamos o fato da população ser muito dispersa nas microáreas, o clima de chuva que impede o deslocamento para as áreas mais afastadas, a pouca participação dos idosos em atividades de promoção e prevenção, e o pouco tempo disponível da equipe para o trabalho com grupos populacionais. Por isso, mostra-se importante o desenvolvimento de uma intervenção com foco na atenção desse grupo populacional, que busque vencer as dificuldades e oferecer atenção integral e de qualidade para toda essa população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos, na UBS Luciliana Bastos da Silva, no município de Serra do Navio-AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%. A meta de cobertura foi estipulada em 100% mas temos que considerar a possibilidade de ter idosos fora da comunidade no período avaliado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Luciliana Bastos da Silva, no Município de Serra do Navio-AP. Participarão da intervenção 77 pessoas com mais de 60 anos residentes na área adstrita, considerando a estimativa feita pelo Caderno de Ações Programáticas.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde através da análise das fichas espelho semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Os idosos serão acolhidos pelos profissionais da equipe. Aqueles não cadastrados serão encaminhados para a UBS e serão acolhidos pelas técnicas de enfermagem. Serão registrados no controle de idosos, receberão a caderneta do idoso e terão consulta médica agendada.

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

Detalhamento: O cadastramento dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde será feito pelos ACS.

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

Detalhamento: Nas quartas-feiras, os ACS levarão as informações para a secretaria de saúde, onde fica o registro informático dos usuários do SUS, para atualização do SIAB.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos incorporar no programa de promoção e prevenção de saúde palestras informativas semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso, e os ACS aproveitarão o espaço das visitas domiciliares, para informar a toda população sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

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

Detalhamento: Serão feitos boletins informativos sobre o programa de saúde do idoso pela enfermeira, que serão colocados mensalmente na recepção da UBS para informar a toda população sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso

da unidade de saúde, além de serem informados durante consultas, visitas e atividades coletivas, como palestras informativas semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação durante uma reunião com a equipe de saúde para explicar como deve ser o acolhimento dos idosos para que todos fiquem preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa, para alcançar o estabelecimento de uma relação respeitosa, chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo; e a utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A enfermeira fará uma capacitação durante uma reunião para os ACS dando orientações a estes profissionais para a procura dos idosos sem acompanhamento em serviço de saúde.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação durante uma reunião com a equipe de saúde sobre a Política Nacional de Humanização, buscando explicar os sete princípios norteadores da política de humanização para depois traçar e consolidar as quatro marcas específicas.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal, para monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, através da verificação das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

Detalhamento: Até agora temos garantido todos os recursos necessários para avaliação dos idosos, mas a equipe de saúde manterá contato com o gestor de saúde para manter esta garantia.

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

Detalhamento: Serão definidas atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos em uma reunião de equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os profissionais de saúde orientarão a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas, como as palestras semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

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

Detalhamento: Aproveitar o espaço do Centro Comunitário do Idoso para compartilhar e informar sobre as condutas esperadas em cada consulta e compartilhar as experiências das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação durante uma reunião com a equipe sobre o atendimento aos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação durante uma reunião com a equipe sobre Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação durante uma reunião com a equipe sobre encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Serão definidas em reunião de equipe as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: A enfermeira organizará semanalmente as visitas aos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado, após verificação das fichas espelho e constatação dessa não realização, e os ACS farão a busca.

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

Detalhamento: Nas quintas-feiras à tarde serão atendidos os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento: Discutir com o gestor de saúde a garantia de vagas destinadas ao encaminhamento de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Orientaremos a equipe na procura dos resultados destas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Na consulta de avaliação serão abordados os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e outras doenças, mas nossas palestras, semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso, terão um espaço para falar sobre estes riscos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação entre si sobre realização de exame clínico apropriado.

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

Detalhamento: O médico e a enfermagem farão uma capacitação entre si sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão semanalmente o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão monitorar semanalmente o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, através da verificação das fichas espelho, que possuem um espaço para colocar os exames solicitados e realizados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Estabelecer como rotina da UBS a solicitação dos exames complementares, pelo médico e enfermeira, de acordo com o protocolo.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira conversarão com o gestor municipal de saúde para garantir a agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: No registro de controle de idosos possui um espaço para colocar os exames solicitados e realizados, e isso será avaliado semanalmente pela enfermeira e médico, sinalizando as fichas que não possuem o registro da realização dos exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os profissionais de saúde orientarão os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas, como as palestras semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

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

Detalhamento: Os profissionais de saúde orientarão os usuários e a comunidade quanto à periodicidade de realização de exames complementares durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas, como as palestras semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: No protocolo e na ficha espelho já estão definidos os exames a serem solicitados, e a equipe já está informada, mas será revisado em reunião de equipe feita por médico e enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A secretaria de saúde garante medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O médico e a enfermeira farão o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, através da verificação das fichas espelho semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem monitorará mensalmente o estoque de medicamentos e informará para a secretaria de saúde os medicamentos que faltam e os que estão diminuindo no estoque.

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

Detalhamento: A ficha espelho que será adotada possui um espaço para colocar os medicamentos que o idoso faz uso. A técnica de enfermagem monitorará semanalmente esse registro para constatar a necessidade de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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 acesso.

Detalhamento: Os usuários serão orientados, por todos os profissionais da unidade, sobre seu direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, nas atividades coletivas, como as palestras semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O ministério de saúde fornece os protocolos para o tratamento de DM e HAS, nosso objetivo é atualizar a equipe sobre estes tratamentos. Para tanto, o médico e a enfermeira farão uma capacitação para os profissionais de saúde sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes, e discutirão entre si sobre o tratamento medicamentoso.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico e enfermeira em uma reunião sobre como orientar os usuários 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Semanalmente serão avaliados e monitorados os cadastros dos idosos com problemas de locomoção, através da verificação das fichas espelho por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Estabelecer como rotina de todos os profissionais que atendem, o registro de todos os idosos cadastrados no Programa, inclusive o acamados ou com problemas de locomoção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Serão feitos boletins informativos sobre o programa de saúde do idoso pela enfermeira, que serão colocados mensalmente na recepção da UBS para informar a toda população sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, além de serem informados durante consultas, visitas e atividades coletivas, como palestras informativas semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS, e palestras mensais no Centro do Idoso.

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: Os ACS, na reunião de equipe, serão capacitados pela enfermeira sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Semanalmente será monitorada a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, através da verificação das fichas espelho por médico ou enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Programar mensalmente em reunião de equipe, as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, a serem realizadas por médico ou enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento: A equipe informará a comunidade nas palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso, sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

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

Detalhamento: A comunidade será informada nas palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso, sobre a existência da disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Os ACS tem controle sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A enfermeira orientará os ACS sobre isso em reunião de capacitação.

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

Detalhamento: Os ASC receberão capacitação da enfermeira em reunião, sobre o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar do médico ou da enfermeira.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será realizado o monitoramento semanal das fichas espelho, para verificar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe será orientada sobre como realizar o acolhimento para idosos com HAS.

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

Detalhamento: Será conversado com o gestor de saúde sobre a garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe de saúde aproveitará o espaço das palestras semanais e mensais, além das consultas e das visitas, para informar 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: A equipe de saúde aproveitará o espaço das palestras semanais e mensais, além das consultas e das visitas, para informar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma capacitação para as técnicas de enfermagem sobre a correta verificação da pressão arterial.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Serão verificadas as fichas espelho, semanalmente, por médico e enfermeira, para verificar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe será orientada sobre como realizar o acolhimento para idosos com DM.

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

Detalhamento: Será conversado com o gestor de saúde sobre a garantia de material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

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

Detalhamento: A equipe de saúde será orientada sobre a importância de identificar os idosos que provavelmente terão que realizar o hemoglicoteste, sinalizando com marcador colorido a ficha do idoso que deve realizar o hemoglicoteste.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Aproveitar o espaço das palestras semanais e mensais para 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.

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

Detalhamento: Aproveitar o espaço das palestras semanais e mensais para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A equipe de saúde terá capacitação periódica para realização do 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente as fichas espelho, por médico e enfermeira, para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Estabelecer rotina de acolhimento aos idosos, na qual terão prioridade de atendimento na UBS.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O cadastro no programa será feito pela equipe de saúde na UBS e nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Existe uma consulta para idosos toda quinta-feira à tarde, mas atenderemos com prioridade aqueles que precisem de atendimento médico nos outros dias da semana.

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

Detalhamento: Os ACS serão orientados para dar prioridade no agendamento dos idosos e na organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Será aproveitado o espaço das palestras semanais e mensais, visitas e consultas para informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A dentista realizará uma capacitação da equipe em reunião, para orientar sobre a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será feito monitoramento semanal dos idosos em acompanhamento odontológico, através da verificação das fichas espelho dos idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Estabelecer rotina de acolhimento aos idosos, na qual terão prioridade de atendimento na UBS.

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

Detalhamento: Será avaliada a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência, através da verificação semanal das fichas espelho dos idosos.

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

Detalhamento: Os ACS serão orientados para dar prioridade no agendamento dos idosos e na organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Existe uma consulta para idosos toda quinta-feira à tarde, mas atenderemos com prioridade aqueles que precisem de atendimento médico no resto dos dias da semana.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde

geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde nas consultas, visitas e atividades em grupo, como palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso.

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

Detalhamento: A equipe de saúde esclarecerá a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais nas consultas, visitas e atividades em grupo, como palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso.

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

Detalhamento: Aproveitar o espaço das palestras semanais e mensais para ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A equipe terá capacitação sobre o acolhimento aos idosos na unidade de saúde em uma reunião, feita por médico e enfermeiro.

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

Detalhamento: Faremos uma oficina sobre cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, em reunião, conduzida pelo dentista.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: Os ACS receberão informação e capacitação sobre a captação dos idosos pela enfermeira, em reunião.

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão uma oficina para capacitar o dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para os idosos do programa.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Avaliaremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho para constatação de consultas em dia ou em atraso, pelo médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão discutidos em reunião de equipe quem são os faltosos, para que os ACS os busquem em visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Os ASC agendarão a consulta dos idosos provenientes das buscas domiciliares, em vagas destinadas previamente para isso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Será aproveitado o espaço das palestras semanais e mensais para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Detalhamento: Aproveitar o espaço das palestras semanais e mensais para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

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

Detalhamento: Será aproveitado o espaço das palestras para esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Os ACS receberão capacitação em reunião por médico e enfermeira sobre a periodicidade da consulta dos idosos.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: A equipe programará as consultas dos idosos segundo o protocolo de atenção aos idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, através da verificação das fichas espelho dos idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Nas quartas-feiras, os ACS levarão as informações para a secretaria de saúde, onde fica o registro informático dos usuários do SUS, para atualização do SIAB.

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

Detalhamento: A equipe utilizará uma ficha espelho específica e uma planilha eletrônica de acompanhamento dos atendimentos aos idosos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Médico e enfermeiro farão uma reunião com a equipe para pactuar o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Enfermeira e médico da equipe farão o monitoramento semanal dos registros.

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

Detalhamento: O registro tem um sistema de cores que permite uma avaliação rápida do acompanhamento dos idosos, onde terá um espaço a esquerda de cada nome para colocar uma cor segundo o status de acompanhamento.

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: A equipe de saúde orientará os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Médico e enfermeiro farão uma oficina de treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Nas consultas e nas visitas domiciliares monitoraremos os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, por toda equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Combinar com o gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas consultas, visitas e palestras orientaremos aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão uma oficina para capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Na consulta de avaliação será feita uma avaliação do risco, e semanalmente a equipe vai monitorar o número dos idosos de maior risco de morbimortalidade, através da verificação das fichas espelho por médico ou enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Depois da avaliação inicial, os idosos de maior risco de morbimortalidade terão prioridade no atendimento, com agendamento prévio das consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe informará aos idosos o nível do risco na consulta de avaliação e explicará sobre a importância do acompanhamento mais frequente se o risco for alto.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A equipe terá uma capacitação feita por médico e enfermeira para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Serão verificadas as fichas espelho semanalmente por médico e enfermeira para monitorar o número de idosos investigados quanto aos indicadores de fragilização na velhice.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Os idosos fragilizados terão prioridade no atendimento, com agendamento prévio das consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe informará aos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, em consultas, visitas e palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A equipe será capacitada por médico e enfermeira em reunião, sobre a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Semanalmente, a equipe vai monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, através da verificação das fichas espelho dos idosos acompanhados, por médico e enfermeira.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Semanalmente, a equipe vai monitorar aos idosos com rede social deficiente, através da verificação das fichas espelho dos idosos acompanhados, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Os ACS agendarão as consultas dos idosos com rede social deficiente e as visitas domiciliares serão programadas em reunião de equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe comunicará aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, através das palestras semanais na UBS.

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

Detalhamento: A equipe fará atividades com os idosos no Centro Comunitário do Idoso e na igreja, tudo com apoio do Conselho Local de Saúde, com frequência mensal, sob responsabilidade do médico da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A equipe terá uma oficina para capacitação sobre avaliação da rede social dos idosos. A enfermeira e o médico serão responsáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será feita verificação semanal das fichas espelho dos idosos acompanhados para monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Na consulta vai se avaliar o estado nutricional dos idosos e registrar em ficha espelho. A nutricionista vai monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição através da verificação mensal dessas fichas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será pactuada em reunião de equipe a função de cada membro da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas palestras mensais que serão realizadas no Centro do Idoso, serão incluídos temas sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A nutricionista da equipe de saúde fará uma capacitação para a equipe sobre hábitos alimentares saudáveis.

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

Detalhamento: A nutricionista da equipe de saúde fará capacitação para a equipe para a 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será feita verificação semanal das fichas espelho dos idosos para monitorar a realização de orientação de atividade física regular, por médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Será monitorado semanalmente o número de idosos que realizam atividade física regular, através da verificação das fichas espelho, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Cada membro da equipe de saúde será capacitado para encaminhar os idosos a fazer atividade física independente e duas vezes por semana com a educadora física.

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

Detalhamento: Conversar com o gestor de saúde para garantir que a educadora física continue na equipe e possa desenvolver as atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Duas vezes por semana a educadora física fará atividade física com os idosos, e os novos idosos cadastrados receberão informação para se juntar ao grupo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A educadora física orientará a equipe de saúde sobre a realização de atividade física regular para orientar os idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Será feita verificação semanal das fichas espelho dos idosos para monitorar a realização de atividades educativas individuais, por médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A dentista tem programado um tempo limite para cada usuário aproveitando o espaço da consulta para fazer orientações individuais.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os idosos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, durante consultas, visitas e palestras semanais e mensais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feita uma reunião de capacitação da equipe, pela dentista e auxiliar de saúde bucal, para falar sobre a higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.**Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.**Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde do idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica - Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento (BRASIL, 2010) como protocolo. Utilizaremos também a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

Para registro das ações e coleta de dados necessários ao monitoramento da intervenção, a equipe de saúde utilizará a ficha espelho (Anexo C) e a planilha de coleta de dados (Anexo B), disponibilizadas pelo curso. Será estabelecido como rotina de todos os profissionais o registro de todos os idosos cadastrados no Programa, e as fichas espelho serão verificadas semanalmente por enfermeira e médico para a realização do monitoramento.

A ficha espelho possui um espaço para colocar os medicamentos que o idoso faz uso. A técnica de enfermagem monitorará semanalmente esse registro para constatar a necessidade de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, e monitorará mensalmente o estoque de medicamentos e informará para a secretaria de saúde os medicamentos que faltam e os que estão diminuindo no estoque. Além disso, a nutricionista vai monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição através da verificação mensal dessas fichas.

O gestor municipal de saúde foi comunicado sobre a necessidade da disposição das fichas necessárias e das cadernetas dos idosos em quantidade suficiente, mas será solicitado também para garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...), além de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste; garantir vagas destinadas ao encaminhamento de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos em protocolo; e para garantir que a educadora física continue na equipe e para desenvolver as atividades programadas.

Os ACS farão o cadastramento dos idosos nas visitas domiciliares e na UBS. Nas quartas-feiras, eles levarão as informações para a secretaria de saúde, onde fica o registro informático dos usuários do SUS, para atualização do SIAB.

Os idosos não cadastrados no programa serão encaminhados diariamente para a UBS e serão acolhidos pelas técnicas de enfermagem e/ou outro profissional da equipe de saúde. Serão registrados no controle de idosos, receberão a caderneta do idoso e terão consulta médica agendada. Além disso, terão prioridade de atendimento na UBS, inclusive na agenda de saúde bucal. Aqueles que forem acamados ou apresentarem dificuldade de locomoção terão visitas médicas ou de enfermagem programadas pelos ACS em reunião de equipe.

Será estabelecida rotina de acolhimento e atendimento periódico aos idosos, com exame físico apropriado, solicitação de exames conforme protocolo e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, rastreamento para HAS e DM, avaliação de risco de morbimortalidade, fragilização na velhice e rede social, avaliação da necessidade de tratamento odontológico e acompanhamento odontológico.

A enfermeira fará na primeira semana um sistema de registro (com sistema de cores) que permite uma avaliação do acompanhamento dos idosos e 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. Os ACS farão diariamente visita domiciliares para buscar os faltosos e esses que estão em falta com os procedimentos preconizados. Nas quintas-feiras à tarde serão atendidos os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Serão feitos boletins informativos sobre o programa de saúde do idoso pela enfermeira, que serão colocados mensalmente na recepção da UBS para informar a toda população sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

As ações de orientação da população serão realizadas durante as consultas e visitas domiciliares, mas também em atividades coletivas, como palestras informativas semanais, que ocorrerão na sala de espera da UBS (nas segundas e quartas-feiras de manhã), e palestras mensais no Centro do Idoso, para abordar: a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; a importância da avaliação multidimensional rápida e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas

periodicamente; a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados; o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; 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; os fatores de risco para o desenvolvimento de DM; a importância de avaliar a saúde bucal de idosos; o atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral; a necessidade da realização de exames bucais; a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção; a importância do acompanhamento mais frequente em caso de avaliação de risco; e a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Essas palestras serão de responsabilidade de médico, enfermeira e dentista.

Além disso, nas palestras semanais na UBS e mensais no Centro do Idoso, será explicado sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, e a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos e para captação de idosos para atendimento odontológico. No Centro do Idoso também serão feitas pela Nutricionista atividades que abordam os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, e nas palestras ainda serão abordados os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Duas vezes por semana a Educadora Física fará atividade física com os idosos, e os novos idosos cadastrados receberão informação para se juntar ao grupo. Essa atividade ocorrerá nas terças e quintas-feiras no Centro do Idoso.

A equipe de saúde será capacitada para a qualificação da atenção à saúde do idoso. Serão feitas quatro reuniões de capacitação, que acontecerão semanalmente, às quartas feiras, na ocasião da reunião de equipe.

A primeira reunião será conduzida por médico e enfermeiro, destinada a toda equipe, para apresentação do Caderno da Atenção Básica nº 19, Política Nacional de Humanização e acolhimento aos idosos, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa, para conseguir o estabelecimento de uma relação respeitosa, chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato

visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo; a utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos; rotinas estabelecidas para a intervenção e pactuação e treinamento do registro das informações, inclusive para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Nessa mesma ocasião, a enfermeira capacitará os ACS para o cadastramento dos idosos da área de abrangência da UBS, inclusive aqueles sem acompanhamento em serviço de saúde, para identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar do médico ou da enfermeira.

A segunda reunião de capacitação da equipe, também será conduzida por médico e enfermeiro, e abordará o processo de envelhecimento, a Avaliação Multidimensional Rápida, identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, indicadores de fragilização na velhice e avaliação da rede social dos idosos. A equipe também será orientada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Nessa mesma ocasião, médico e enfermeira farão orientação para a dentista sobre a realização de primeira consulta odontológica programática para os idosos do programa, e serão definidas as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, e a procura dos resultados das consultas com especialistas a que os idosos foram encaminhados.

A terceira reunião de capacitação da equipe será conduzida pela dentista, para capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, e para orientar aos idosos sobre a higiene bucal e de próteses dentárias. Nessa mesma ocasião, médico e enfermeira farão uma capacitação entre si para a realização de exame clínico apropriado, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, e tratamento medicamentoso da hipertensão e/ou diabetes.

A quarta reunião de capacitação será conduzida por Nutricionista e Educadora Física. A Nutricionista abordará hábitos alimentares saudáveis, com orientações específicas para a equipe orientar o grupo de idosos hipertensos e/ou

diabéticos, e a Educadora Física abordará a realização de atividade física regular para a equipe orientar os idosos. Na mesma ocasião, médico e enfermeira capacitarão as técnicas de enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Nas primeiras semanas do projeto tivemos uma reunião com o gestor onde realizamos a checagem de prontidão, falamos sobre o protocolo que seria utilizado, as cópias das fichas espelho disponibilizadas pelo curso, o local de capacitação da equipe e todo o material e apoio logístico, e sobre a necessidade do apoio de toda a equipe de saúde para o êxito das atividades e das ações a serem desenvolvidas. A secretária de saúde mostrou apoio total ao projeto e ficou convencida da sua importância para a saúde dos idosos.

Nosso projeto de intervenção avançou o suficiente para desenvolver as ações previstas, com o cumprimento integral e total do cronograma. O êxito da implementação do projeto foi devido ao trabalho unido de toda a equipe, ao comprometimento dos gestores e do conselho local de saúde.

No contato com lideranças comunitárias, feito na segunda semana, falamos da importância do projeto e da necessidade de apoio para o uso do centro comunitário para fazer atividades com os idosos, o que formalizamos através de um ofício enviado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para a autorização do uso deste centro.

Realizamos quatro reuniões de capacitação da equipe. Na primeira reunião o médico falou sobre o protocolo do atendimento ao idoso, acolhimento, rotinas e

registros, explicando também sobre a importância da ação programática de saúde dos idosos. Na segunda reunião o médico falou sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e a enfermeira explicou como os ACS deveriam fazer a visita domiciliar dando prioridade aos idosos. A terceira reunião seria conduzida pela dentista, que iria falar sobre o atendimento odontológico, mas como ela trabalha apenas duas vezes por semana no final de semana, ficou difícil estar presente na reunião, por isso o médico combinou previamente com ela como seria o atendimento, e orientou toda a equipe. Nesta reunião também se falou sobre a qualidade do exame clínico, assim como o controle do registro e tratamento medicamentoso da hipertensão e diabetes. Por fim, na quarta reunião a enfermeira falou da importância do exame físico e sobre a importância de medir a pressão arterial de 100% dos idosos na hora da prática de exercícios físicos, a nutricionista explicou sobre as orientações nutricionais para idosos, e sobre alimentação saudável, e a preparadora física falou sobre a incorporação dos idosos na prática de atividade física.

As ACS possuíam três vagas de consultas cada uma, e garantiam o traslado do idoso até a UBS, onde o médico tinha uma tarde por semana para atendimento específico ao idoso, e oferecia prioridade no resto da semana. O acolhimento foi muito bem organizado. As técnicas de enfermagem fizeram uma boa triagem e as ACS ofereceram bebidas e bom conforto na sala de espera. Tudo isto contribuiu para que não tivéssemos idosos faltosos às consultas. Cada quarta-feira os ACS fizeram atualização do SIAB com o técnico digitador da secretaria de saúde.

Em cada semana um integrante da equipe fazia a atividade na sala de espera, nutricionista, enfermeira, auxiliar de saúde bucal, psicóloga, preparadora física. A população participou de forma ativa em cada palestra ou atividade, refletindo sobre a importância deste projeto nunca antes feito na comunidade, uma média de 23 idosos participavam ativamente destas reuniões e os que não conseguiam chegar até a UBS recebiam a informação nos domicílios. As visitas domiciliares foram feitas de forma programada e fizemos avaliação integral do idoso considerando o contexto biopsicossocial.

As atividades no Centro de idosos foram muito bem aceitas pelos idosos e pela comunidade. Na primeira semana a equipe fez uma atividade informativa sobre o projeto e a importância de fazer um projeto com boa qualidade onde a população idosa fosse 100% atendida. Inicialmente a atividade foi atrapalhada pela chuva, mas

depois tudo melhorou e a população participou, somando ideias importantes para que o projeto continuasse sendo feito e expandido para o resto do município.

A educadora física formou um grupo de 11 idosos que fizeram atividade física regular toda semana, com exercícios de relaxamento e estiramento. Os idosos que não podiam participar, por ter doenças somáticas limitantes, ficavam assistindo.

O atendimento da dentista foi feito nas sextas-feiras e sábado de manhã, mas mesmo assim não conseguimos oferecer atendimento odontológico a todos os idosos. Felizmente, a dentista tem como prioridade continuar prestando atenção prioritária a idosos.

A equipe de saúde disponibilizou boletins informativos sobre o programa de saúde do idoso, para divulgação do projeto, para solicitar apoio para a preservação da caderneta do idoso, para incentivar a adesão à consulta odontológica e para orientar como prevenir acidentes no domicílio.

O estoque de medicamentos foi monitorado pela técnica de enfermagem sendo feito semanalmente, a mesma informou para a secretaria de saúde sobre a necessidade dos medicamentos que estavam faltando. O trabalho feito por ela foi ótimo porque nunca faltaram medicamentos na UBS.

A nutricionista fez avaliação e monitoramento de todos os idosos cadastrados com obesidade/desnutrição, além de participar nas atividades no centro comunitário dos idosos, orientando sobre hábitos alimentares saudáveis, fazendo um controle com os idosos que foram detectados com hábitos alimentares deficientes e com obesidade, onde foram elaborados os cardápios para uma alimentação mais saudável.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve ações previstas não desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Inicialmente os dados coletados no atendimento odontológico foram preenchidos de forma errada por falta de prática, mas nas semanas seguintes tudo

ocorreu de forma satisfatória e sem dificuldade na coleta e sistematização de dados das planilhas. A coleta foi feita com qualidade, após o registro diário pela equipe de todos os dados, inicialmente de forma manual e depois os inserindo na planilha eletrônica, fazendo o cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas foram feitas, e cada membro da equipe de saúde foi bem preparado nas reuniões de capacitação, tendo um bom desenvolvimento do projeto. As ações de atendimento odontológico continuarão até que 100% dos idosos cadastrados recebam consulta de avaliação, a maior dificuldade é que a frequência da consulta da dentista é somente duas vezes por semana.

Nossa equipe se adaptou a esta nova rotina de trabalho, que facilita o funcionamento da UBS no atendimento aos idosos e no resto das atividades. Os usuários falam que com este projeto a Unidade está ainda mais organizada, ganhando qualidade nos serviços oferecidos. Ou seja, as ações já foram incorporadas à rotina da UBS, e já é uma realidade em nosso processo de trabalho.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Luciliana Bastos da Silva encontra-se localizada no município Serra do Navio, no estado Amapá, com população adstrita é de 1.500 pessoas. Estima-se que 77 pessoas tenham 60 anos ou mais. A intervenção ocorreu no período compreendido entre abril e julho do ano 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, ampliando a cobertura do programa de saúde do idoso, melhorando a qualidade da atenção e o registro das informações, mapeando os idosos de risco e promovendo a saúde dos mesmos.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

No primeiro mês cadastramos 26 idosos, que representa 33,8%, no segundo mês foi o melhor resultado, com um cadastramento de mais 39 idosos, totalizando 65 cadastrados, chegando a 84,4% de cobertura, e no terceiro e último mês atingimos 97,4%, com um cadastramento total na intervenção de 75 idosos, de uma estimativa de 77, ficando muito próximo da meta estabelecida de 98%. (Figura 1). Dois idosos que ficaram sem cadastrar se encontravam fora do município. No segundo mês de trabalho tivemos um melhor desempenho porque a equipe de saúde adaptou-se à nova rotina de trabalho, e os ACS ajudaram muito na procura dos idosos.

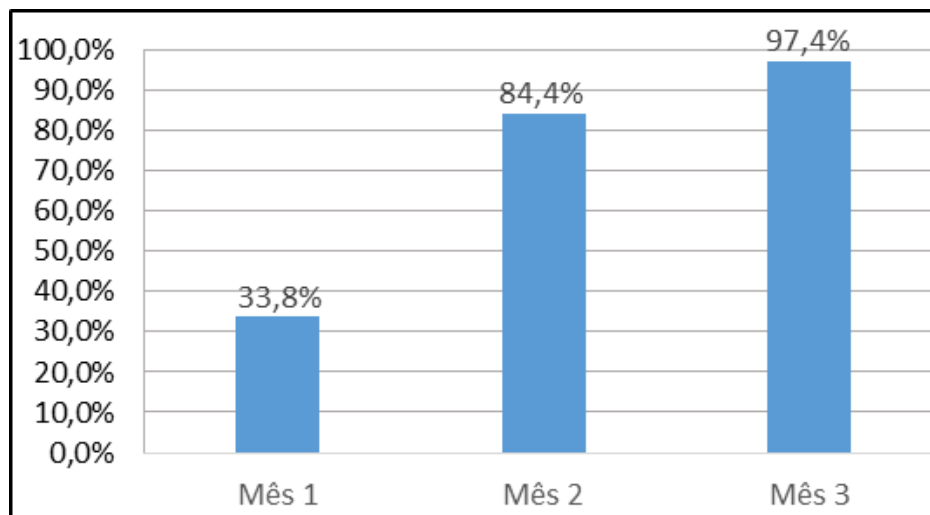


Figura 1: Cadastramento da população idosa na UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP, 2015.

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.

Foi feita Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados, nos três meses de intervenção. Isso foi possível porque a avaliação foi incluída como rotina da consulta clínica, além disso, tivemos um horário somente para atendimento dos idosos, que permitiu aproveitar e planejar melhor o tempo na consulta. No primeiro mês avaliamos 26, até o segundo mês havíamos avaliado 65, e finalizamos a intervenção com 75 idosos avaliados.

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

Foram examinados 100% dos idosos cadastrados por mês, com exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, e avaliação da sensibilidade nos diabéticos. Isso foi possível porque a avaliação foi incluída como rotina da consulta clínica e também porque tivemos um horário somente para atendimento dos idosos, o que permitiu aproveitar e planejar melhor o tempo na

consulta. No primeiro mês examinamos 26, até o segundo mês havíamos examinado 65, e finalizamos a intervenção com 75 idosos examinados.

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

Nos três meses da intervenção, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares periódicos. Foram 12 idosos no primeiro mês, 24 no segundo, e 27 até o fim do terceiro mês. Tudo isso foi possível porque a avaliação foi incluída como rotina da consulta clínica, e tivemos um horário somente para atendimento dos idosos que permitiu aproveitar e planejar melhor o tempo na consulta.

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

Todos os idosos receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, tendo sido a meta alcançada nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque a enfermeira e a técnica de enfermagem organizaram e controlavam a distribuição de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde para o controle de doenças crônicas não transmissíveis.

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

Em toda intervenção cadastramos somente um idoso com problemas de locomoção, que foi cadastrado já no primeiro mês. Assim, a meta de 100% foi alcançada nos três meses.

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

Fizemos a visita domiciliar ao único idoso acamado cadastrado, atingindo 100% nos três meses de intervenção.

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

Fizemos o rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica a todos os idosos cadastrados no projeto, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês.

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

Conseguimos rastrear todos os idosos com pressão arterial (PA) sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus, com o alcance da meta nos três meses de intervenção. Foram 12 idosos no primeiro mês, 23 no segundo, e 26 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque aproveitamos o espaço da consulta de avaliação multidimensional rápida para examinar todos os hipertensos, rastreando-os para Diabetes Mellitus.

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

Conseguimos avaliar todos os idosos quanto a necessidade de atendimento odontológico, alcançando 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque a equipe de saúde aproveitou o espaço da avaliação clínica para fazer avaliação da necessidade de atendimento odontológico e coordenar os encaminhamentos e as necessidades para atendimento odontológico.

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

No primeiro mês, dos 26 idosos que cadastramos, 16 realizaram a primeira consulta odontológica, atingindo 61,5%. No segundo mês havíamos cadastrado 65 idosos, e 45 realizaram a primeira consulta odontológica, chegando a 69,2%. E no terceiro mês, dos 75 idosos cadastrados, 64 realizaram a primeira consulta odontológica, finalizando a intervenção com 85,3% (Figura 2). A meta não foi alcançada porque a dentista trabalhava somente duas vezes por semana, e além do atendimento aos idosos, tinha que agendar consulta para toda a população da área. Vale ressaltar o esforço que ela fez para chegar até 85,3% de atendimento

odontológico aos idosos em tão pouco tempo, mostrando disposição para continuar e atingir 100%.

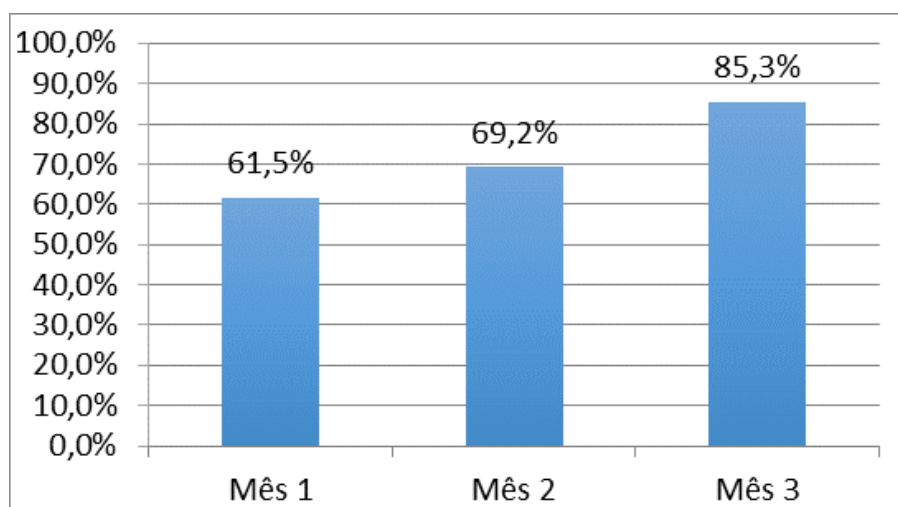


Figura 2: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na população idosa da UBS Luciliana Bastos da Silva, Serra do Navio-AP, 2015.

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

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

Não tivemos idosos faltosos à consulta devido ao grande apoio fornecido pela secretaria de saúde e dos ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Conseguimos realizar o registro específico, preenchendo a ficha espelho, de todos os idosos cadastrados, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque a secretaria de saúde forneceu todas as fichas espelho, e a equipe de saúde incorporou esta atividade na rotina de trabalho diário, cadastrando os idosos, e preenchendo os dados nas fichas espelho de todos.

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

Conseguimos distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para todos os idosos cadastrados, atingindo 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi

possível devido à disponibilidade de cadernetas novas para distribuir. Além disso, os idosos que tinham caderneta velha receberam uma nova, preenchendo os dados nas consultas.

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

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

Rastreamos todos os idosos cadastrados para risco de morbimortalidade, tendo alcançada a meta de 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível graças ao fato de termos avaliado em consulta os exames complementares de todos os idosos, rastreando-os quanto ao risco de morbimortalidade.

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

Investigamos a presença de indicadores de fragilização da velhice em todos os idosos nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque a atividade foi incorporada como rotina da consulta clínica, com avaliação dos fatores de risco para uma possível fragilização na velhice.

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

Avaliamos a rede social de 100% dos idosos, com alcance da meta nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. Isso foi possível porque cada idoso tem sido avaliado conjuntamente com as ACS, que têm acesso a toda a informação sobre o contexto social dos idosos, tanto na residência como no centro dos idosos, onde participam ativamente em atividades programadas.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Todos os idosos cadastrados foram orientados sobre alimentação saudável, atingindo 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65

no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. As orientações foram feitas durante as consultas, atividades de sala de espera e na avaliação pela nutricionista, além de receberem apoio alimentar no centro dos idosos, aqueles que ficam sozinhos em casa.

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

Todos os idosos cadastrados foram orientados para a prática regular de atividade física, atingindo 100% nos três meses de intervenção. Foram 26 idosos no primeiro mês, 65 no segundo, e 75 até o fim do terceiro mês. As orientações foram feitas durante as atividades de sala de espera, consultas clínicas e na avaliação feita pela preparadora física da equipe, que participou ativamente das consultas médicas e de acompanhamento individual dos idosos.

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

Todos os idosos que receberam a consulta odontológica programada foram orientados sobre higiene bucal, atingindo 100% nos três meses de intervenção. Foram 16 idosos no primeiro mês, 45 no segundo, e 64 até o fim do terceiro mês. As orientações foram feitas durante as consultas médicas, consultas odontológicas pela dentista e auxiliar de saúde bucal, assim como nas atividades na sala de espera.

4.2 Discussão

Nossa intervenção marcou um começo na atenção da população idosa, foi um salto em qualidade e quantidade do atendimento nesta população, que inicialmente estava abandonada e sem registro ou controle. Atualmente os idosos constituem uma prioridade na nossa área de saúde.

A intervenção teve importância grande para a equipe de saúde, especialmente pelas capacitações que ocorreram. A equipe recebeu quatro reuniões de capacitação, onde a principal estratégia discutida foi o acompanhamento integral dos idosos, estabelecendo prioridade na avaliação clínica, atendimento odontológico, rastreamento e avaliação de risco, indicação e avaliação de exames

complementares, educação nutricional, inclusão social e promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Para o serviço, a intervenção significou uma organização do processo de trabalho. Antes da intervenção as atividades envolvidas com o atendimento aos idosos eram feitas somente por médico e enfermeira da equipe, e os demais integrantes da equipe concentravam os esforços em outros programas, ficando em último lugar o atendimento aos idosos. A realização do registro de idosos, com a utilização das fichas espelho, o controles nutricional e a realização de exercício físico e demais atividades ajudaram muito no processo do acompanhamento dos usuários e do funcionamento da UBS em geral.

Os resultados e o impacto da intervenção já são muito bem percebidos pela comunidade, principalmente pelos idosos, que perceberam a importância deste projeto, falando que o projeto foi muito bem executado, que é a primeira vez que os idosos tem atendimento prioritário e de qualidade por uma equipe multidisciplinar, acreditando que a partir de agora a saúde dos idosos está garantida.

Com certeza ficamos com a vontade de fazer muito mais e de alcançar maior cobertura, porque desde o princípio acreditamos que poderíamos atingir metas altas já que tínhamos uma área de saúde bem estruturada, e pelo bom envolvimento da equipe de saúde com os programas. Se a intervenção fosse iniciada neste momento, com a nova experiência ganhada, com certeza atingiríamos percentuais maiores nas metas de qualidade, porque vimos a necessidade de atendimento a nossa população idosa, e percebemos o grande apoio dado pelas ACS, conselho local de saúde e da população em geral.

O principal resultado de nosso projeto foi que conseguimos avaliar e deixar o projeto totalmente integrado à rotina do serviço e funcionamento de nossa UBS. No futuro e até final do ano vamos atingir metas superiores. Para isso já temos planejado incorporar dois idosos que ficaram sem cadastrar, atingindo assim 100% de cadastramento, e a dentista mostrou-se muito interessada em terminar a avaliação odontológica, sendo que fizemos uma nova estratégia de atendimento, para que os idosos que ficaram sem avaliação recebam atendimento nas próximas consultas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou Antonio Berrio Sanchez, médico da UBS Luciliana Bastos da Silva, no município Serra do Navio, e venho relatar sobre a intervenção realizada nessa UBS, no período compreendido entre abril e julho do ano 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, ampliando a cobertura do programa, melhorando a qualidade da atenção e o registro das informações, mapeando os idosos de risco e promovendo a saúde dos mesmos. A UBS atende uma população de aproximadamente 1.500 pessoas, onde 77 pessoas já são idosas, com 60 anos ou mais de idade.

A intervenção foi feita segundo o cronograma planejado. Na segunda semana de intervenção fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância do projeto e da necessidade de apoio para o uso do centro comunitário para fazer atividades com os idosos, o que formalizamos através de um ofício enviado ao CRAS, para a autorização do uso deste centro. A equipe recebeu quatro reuniões de capacitação, onde a principal estratégia discutida foi o acompanhamento integral dos idosos, estabelecendo prioridade na avaliação clínica, atendimento odontológico, rastreamento e avaliação de risco, indicação e avaliação de exames complementares, educação nutricional, inclusão social e promoção e prevenção em saúde.

O acolhimento aos idosos foi de ótima qualidade, onde as ACS tiveram um importante papel na localização dos idosos e agendamento de consultas, com um cadastramento total de 75 idosos, atingindo 97,4% de cobertura. A maioria dos indicadores de qualidade no atendimento ao idoso atingiu 100%. Todos os idosos atendidos passaram por Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, com exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e

pedioso, e avaliação da sensibilidade nos diabéticos, receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, tiveram o registro adequado em ficha espelho, receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica e risco de morbimortalidade, tiveram a pesquisa da presença de indicadores de fragilização da velhice e a rede social avaliada. Todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares periódicos, e todos os idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg foram rastreados para Diabetes Mellitus. O único idoso acamado recebeu visita domiciliar da equipe. Nunca tivemos idosos faltosos a consulta devido ao grande apoio fornecido pela secretaria de saúde e dos ACS.

Além disso, todos os idosos cadastrados foram orientados sobre alimentação saudável e para a prática regular de atividade física, atingindo 100% nos três meses de intervenção. As orientações foram feitas durante as atividades de sala de espera, consultas clínicas e na avaliação feita pela preparadora física da equipe, que participou ativamente das consultas médicas e de acompanhamento individual dos idosos.

A primeira consulta odontológica foi feita em 65 de 75 idosos cadastrados, finalizando a intervenção com 85,3% de consulta odontológica. A meta de 100% não foi alcançada porque a dentista trabalhava somente duas vezes por semana, e além do atendimento aos idosos, tinha que agendar consulta para toda a população da área. Vale ressaltar o esforço que ela fez para chegar nesse percentual em tão pouco tempo, mostrando disposição para continuar o atendimento e atingir 100%.

Em cada semana um integrante de equipe fazia a atividade na sala de espera, nutricionista, enfermeira, auxiliar de saúde bucal, psicóloga, preparadora física. A população participou de forma ativa em cada palestra ou atividade, refletindo sobre a importância deste projeto nunca antes feito na comunidade. As visitas domiciliares foram feitas de forma programada e fizemos avaliação integral do idoso considerando o contexto biopsicossocial.

As atividades no Centro de idosos foram muito bem aceitas pelos idosos e pela comunidade. Na primeira semana a equipe fez uma atividade informativa sobre o projeto e a importância de fazer um projeto com boa qualidade onde a população idosa fosse 100% atendida. Inicialmente a atividade foi atrapalhada pela chuva, mas

depois tudo melhorou e a população participou, somando ideias importantes para que o projeto continuasse sendo feito e expandido para o resto do município.

A educadora física formou um grupo de 11 idosos que fizeram atividade física regular toda semana, com exercícios de relaxamento e estiramento. Os idosos que não podiam participar, por ter doenças somáticas limitantes, ficavam assistindo. A nutricionista fez avaliação e monitoramento de todos os idosos cadastrados com obesidade/desnutrição, além de participar nas atividades no centro comunitário dos idosos, orientando sobre hábitos alimentares saudáveis, fazendo um controle com os idosos que foram detectados com hábitos alimentares deficientes e com obesidade, onde foram elaborados os cardápios para uma alimentação mais saudável.

A equipe de saúde disponibilizou boletins informativos sobre o programa de saúde do idoso, para divulgação do projeto, para solicitar apoio para a preservação da caderneta do idoso, para incentivar a adesão à consulta odontológica e para orientar como prevenir acidentes no domicílio.

O estoque de medicamentos foi monitorado pela técnica de enfermagem sendo feito semanalmente, a mesma informou para a secretaria de saúde sobre a necessidade dos medicamentos que estavam faltando. O trabalho feito por ela foi ótimo porque nunca faltaram medicamentos na UBS.

A intervenção marcou um começo na atenção da população idosa, um salto em qualidade e quantidade do atendimento nesta população. Isso foi importante para o serviço de saúde porque significou uma organização do processo de trabalho, com a instituição do registro de idosos, com a utilização das fichas espelho, o controle nutricional e a realização de exercício físico e demais atividades, que ajudaram muito no processo do acompanhamento dos usuários e do funcionamento da UBS em geral.

Os resultados e o impacto da intervenção já são muito bem percebidos pela comunidade, principalmente pelos idosos, que perceberam a importância deste projeto, falando que o projeto foi muito bem executado, que é a primeira vez que os idosos tem atendimento prioritário e de qualidade por uma equipe multidisciplinar, acreditando que a partir de agora a saúde dos idosos está garantida.

O principal resultado de nosso projeto foi que conseguimos avaliar e deixar o projeto totalmente integrado à rotina do serviço e funcionamento de nossa UBS. Esperamos, até final do ano, atingir metas superiores. Para isso já temos planejado

incorporar os dois idosos que ficaram sem cadastrar, atingindo assim 100% de cadastramento, e a dentista mostrou-se muito interessada em terminar a avaliação odontológica, sendo que fizemos uma nova estratégia de atendimento, para que os idosos que ficaram sem avaliação recebam atendimento nas próximas consultas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou Antonio Berrio Sanchez, médico da UBS Luciliana Bastos da Silva, no município Serra do Navio, e venho relatar sobre a intervenção realizada nessa UBS, no período compreendido entre abril e julho do ano 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, ampliando a cobertura do programa, melhorando a qualidade da atenção e o registro das informações, mapeando os idosos de risco e promovendo a saúde dos mesmos. A UBS atende uma população de aproximadamente 1.500 pessoas, onde 77 pessoas já são idosas, com 60 anos ou mais de idade.

A intervenção foi feita segundo o cronograma. Na segunda semana de intervenção fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância do projeto e da necessidade de apoio para o uso do centro comunitário para fazer atividades com os idosos.

A equipe recebeu reuniões de capacitação para um bom acompanhamento dos idosos, priorizando a avaliação clínica, atendimento odontológico, avaliação de risco, indicação e avaliação de exames complementares, educação nutricional, inclusão social e promoção da saúde e prevenção de doenças.

O acolhimento aos idosos foi de ótima qualidade, onde as ACS tiveram um importante papel na localização dos idosos e agendamento de consultas, com um cadastramento total de 75 idosos, do total de 77 idosos esperados. Não tivemos idosos faltosos à consulta devido ao grande apoio fornecido pela secretaria de saúde e dos ACS. As visitas domiciliares foram feitas de forma programada e fizemos avaliação integral do idoso considerando o contexto biopsicossocial.

As consultas odontológicas foram feitas em 65 dos 75 idosos cadastrados, porque a dentista trabalhava somente duas vezes por semana, e além do

atendimento aos idosos, tinha que agendar consulta para toda a população da área. Vale ressaltar o esforço que ela fez para atender os 65, mostrando disposição para continuar até atender todos.

Em cada semana um integrante de equipe fazia a atividade na sala de espera, nutricionista, enfermeira, auxiliar de saúde bucal, psicóloga, preparadora física. A população participou de forma ativa em cada palestra ou atividade.

As atividades no Centro de idosos foram muito bem aceitas pelos idosos e pela comunidade. Na primeira semana a equipe fez uma atividade informativa sobre o projeto e a importância de fazer um projeto com boa qualidade, no qual a população idosa fosse atendida. Inicialmente a atividade foi atrapalhada pela chuva, mas depois tudo melhorou e a população participou, somando ideias importantes para que o projeto continuasse sendo feito e expandido para o resto do município.

Conseguimos realizar o registro específico, preenchendo uma ficha de acompanhamento de cada idoso cadastrado, o que foi possível porque a secretaria de saúde forneceu todas as fichas, e a equipe de saúde incorporou esta atividade na rotina de trabalho diário, cadastrando os idosos, e preenchendo os dados nas fichas.

Todos os idosos cadastrados foram orientados sobre alimentação saudável e para a prática regular de atividade física. As orientações foram feitas durante as atividades de sala de espera, consultas clínicas e na avaliação feita pela nutricionista e preparadora física da equipe, que fizeram acompanhamento individual dos idosos.

A educadora física formou um grupo de 11 idosos que fizeram atividade física regular toda semana, com exercícios de relaxamento e estiramento. Os idosos que não podiam participar, por ter doenças que limitavam, ficavam assistindo. A nutricionista fez avaliação e monitoramento de todos os idosos cadastrados com obesidade/desnutrição, além de participar nas atividades no centro comunitário dos idosos, orientando sobre hábitos alimentares saudáveis, fazendo um controle com os idosos que foram detectados com hábitos alimentares deficientes e com obesidade, onde foram elaborados os cardápios para uma alimentação mais saudável.

A intervenção marcou um começo na atenção da população idosa, um salto em qualidade e quantidade do atendimento nesta população. Isso foi importante para o serviço de saúde porque significou uma organização do trabalho, com o estabelecimento do registro de idosos, com a utilização das fichas de

acompanhamento, controle nutricional e realização de exercício físico e demais atividades, que ajudaram muito no processo do acompanhamento dos usuários e do funcionamento da UBS em geral.

Os resultados e o impacto da intervenção já são muito bem percebidos pela comunidade, principalmente pelos idosos, que perceberam a importância deste projeto, falando que o projeto foi muito bem executado, que é a primeira vez que os idosos tem atendimento prioritário e de qualidade. Acreditando que a partir de agora a saúde dos idosos está garantida.

O principal resultado de nosso projeto foi que conseguimos avaliar e deixar o projeto totalmente integrado à rotina de nossa UBS. No futuro, até final do ano, vamos atingir resultados superiores. Para isso já temos planejado incorporar os dois idosos que ficaram sem cadastrar, e a dentista mostrou-se muito interessada em terminar a avaliação odontológica, sendo que fizemos uma nova estratégia de atendimento, para que os idosos que ficaram sem avaliação recebam atendimento nas próximas consultas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha experiência pessoal no processo de aprendizagem no curso de Especialização em Saúde da Família tem sido muito relevante. Além de ter boas expectativas ao início do projeto, fiquei muito feliz ao ver o avanço da intervenção. Parecia difícil, mas o trabalho em equipe e a participação ativa da comunidade marcou a diferença.

O curso à distância para mim é uma nova experiência. Pensei que a qualidade do curso ia diminuir pela distância que nos separa da UFPEL, mas isso não aconteceu. Esta ideia é muito boa para os profissionais que moram em áreas de difícil acesso, porque o custo de um curso presencial seria muito alto.

Falando com sinceridade, gostei do curso. A atenção dos orientadores foi de ótima qualidade. Além disso, este tipo de curso serve para melhorar a nossa preparação médica integral, porque paralelamente fizemos provas, resolvemos casos clínicos, interagimos com o resto dos profissionais no fórum, melhoramos a fala e a escrita da língua portuguesa, aprendemos sobre os protocolos de atenção do Ministério de Saúde.

Enfim, gostaria que o curso continuasse. Assim ficaríamos mais preparados e mais confiantes no atendimento à população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Rio de Janeiro, 2010.

Apêndices

Apêndice A - Fotos da equipe em atuação



Médico em consulta de avaliação



Dentista em consulta de avaliação



Médico e ACS palestrando com idosos da microárea



Atividade física com os idosos



Médico em atividade física com os idosos



Unidade Básica de Saúde Luciliana Bastos da Silva

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Antonio Berrio Sanchez, Medico com número do conselho 1600080, e 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.

Antonio Berrio Sanchez

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