

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Francisca Barbosa
Guerra, Rio Branco/AC**

César Pan

Pelotas, 2016

César Pan

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Francisca Barbosa
Guerra, Rio Branco/AC**

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P187m Pan, Cesar

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Francisca
Barbosa Guerra, Rio Branco/AC / Cesar Pan; Ailton Gomes Brant,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

87 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. Brant, Ailton Gomes, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Gostaria agradecer imensamente à minha família, esposa e filha que sempre me deram seu apoio, amor e carinho incondicional em todos esses meses sendo a minha maior inspiração.

Agradeço à minha equipe, parceiros consagrados e comprometidos com a população da UBS Francisca Barbosa Guerra, verdadeiros guardiões da saúde.

Aos meus colegas do Mais Médicos, pelo apoio entre todos para conseguir levar em frente este trabalho e reverter seus resultados nos usuários.

A todos eles, eterna gratidão!!!

Resumo

PAN, César. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Francisca Barbosa Guerra, Rio Branco/AC**. 2016. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a sociedade necessita de várias adequações, principalmente na área da saúde, que deve estar preparada para melhor acolher e cuidar desse grupo populacional. Na Atenção Primária à Saúde, espera-se oferecer à pessoa idosa uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais, as diversidades do envelhecer, tudo isso com o objetivo de qualificar o serviço prestado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Pensando nisso, foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde que é ofertada às pessoas de 60 anos e mais pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisca Barbosa Guerra em Rio Branco - AC. Esta intervenção foi realizada junto à equipe de saúde da família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Francisca Barbosa Guerra, que proporciona cobertura à saúde da família e que pertence ao segmento do Centro de Saúde Cláudia Vitorino, no município Rio Branco, na capital do estado de Acre. As ações propostas permitiram: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso; melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde; melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso; mapear os idosos de risco da área de abrangência; melhorar os registros das informações e promover a saúde das pessoas idosas. Os resultados foram descritos de forma qualitativa e quantitativa, o que possibilitou a análise por separado de cada um deles com os seus ganhos, fraquezas identificadas e de conjunto identificando a potencialidade de fatores favoráveis para uma melhor qualidade de vida e de saúde. Foram apresentados aos gestores e comunidade os resultados obtidos. Alcançamos a cobertura de 100%, com 198 idosos cadastrados, e desse quantitativo tivemos 100% da população alvo com o exame clínico em dia, com o rastreamento para Hipertensão Arterial e para Diabetes Mellitus. Ainda, tivemos 100% dessa população com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Assim, além desses resultados, percebemos que houve avanços nas práticas de saúde direcionadas à população de sessenta anos e mais, uma vez que essas se realizam de maneira a contribuir para o processo de melhoria de qualidade de vida da população idosa, de inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, através do fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa.

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

Lista de Figuras

Figura 1-	Fotografia do atendimento médico feito à usuária da intervenção	60
Figura 2-	Fotografia de visita domiciliar feita à usuária da intervenção.....	60
Figura 3-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de saúde do idoso na UBS.....	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACD	Auxiliar de Cirurgião Dentista
ACS	Agente comunitário de Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida.
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CAP	Caderno de Ação Programática
CS	Centro de Saúde.
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo de Útero
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
PS	Pronto Socorro.
PSPI	Programa de Saúde da Pessoa Idosa.
RE	Registro Específico.
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	22
2.3.3 Logística	55
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	62
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados.....	63
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Anexos	80
Anexo A – Documento do Comitê de Ética.....	83
Anexo B – Planilha de coleta de dados	81
Anexo C - Ficha-espelho	82
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias...87	

Apresentação

Este é o volume do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) que foi realizado como condição parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Foi escolhida a área programática da saúde do idoso, por se tratar de uma temática de grande impacto na sociedade atual brasileira e mundial dado pelo aumento da expectativa de vida. O volume está organizado da seguinte forma:

Inicia com a Análise Situacional, que foi realizada como embasamento importante e necessário sobre a situação prévia na UBS para apropriação do cenário no qual seria proposta ideal e viável de implementação do projeto.

Na segunda parte, consta a Análise Estratégica contendo os elementos principais do projeto de intervenção construído com foco na área programática escolhida. Constatam os objetivos, as metas a serem alcançadas, a metodologia, as ações propostas, os indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte é composta pelo Relatório de Intervenção, contendo elementos como as ações que foram desenvolvidas, aquelas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e avaliação da incorporação efetiva da intervenção à rotina de trabalho na unidade.

A quarta parte aborda a Avaliação da Intervenção, citando elementos como os resultados com as concernentes reflexões e análises, assim como a discussão.

A quinta e sexta parte constam, respectivamente, os relatórios elaborados para os gestores e comunidades, enquanto que a última parte é uma reflexão crítica

sobre o processo de aprendizagem. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atualmente a situação da Equipe de Saúde da Família está muito boa, quase completa. Somos porte I, com somente 01 (uma) Equipe.

Em passado recente a unidade estava desfalcada, contava somente com Enfermeira e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com a minha chegada à Unidade Básica de Saúde (UBS), completou-se a vaga de médico, e agora, contamos também com uma Técnica de Enfermagem. Ainda está faltando Odontólogo e Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD). Estamos aguardando a chamada de Concurso Público para completarmos a equipe.

A estrutura da UBS é excelente, pois, antes, estávamos em uma casa alugada, inadequada, em espaço físico e estruturalmente, para sediar os serviços ofertados, sem cumprimento às normas da Vigilância Sanitária ou Controle de Infecção Hospitalar. Sem maca de exame, pia lavatório de higienização, negatoscópio, lanterna, biombo, sem ar condicionado, às vezes, até sem formulários e receituários, com serviços sobrepostos, em um mesmo ambiente. Foi uma época difícil e desanimadora.

Agora, com a inauguração da Nova Unidade em 20 de Março de 2015, estamos muito bem. Área construída de 248,32m² em alvenaria, com Recepção, Copa-Cozinha, três Banheiros, sendo dois para os usuários e um para os funcionários, sala de Expurgo, sala de Esterilização, sala de Depósito de Material de Limpeza, sala de Administração, sala de Reunião, sala de Medicação, sala de depósito para Farmácia, sala de Vacinas, sala de Curativos, Consultório Médico, Consultório Odontológico, onsultório de Enfermagem.

Todas as salas equipadas adequadamente. Portas e janelas externas em vidro blindex, mobília nova e sob medida, com marceneiros e madeira da região. Um

quintal modesto, murado, com estacionamento para 04 (quatro) carros. Não dispomos de equipamentos de informática, ainda. Mas a equipe está muito satisfeita e feliz com o novo ambiente de trabalho.

Em relação à nossa área de abrangência estamos com 595 famílias cadastradas em quatro micro áreas, sem área descoberta. Temos em nossa unidade o Programa Hiperdia, para Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Programa Saúde da Mulher, com Pré-natal, Planejamento Familiar, Prevenção e Controle de Câncer de Útero (PCCU), o Programa Saúde da Criança, com Crescimento e Desenvolvimento e Imunização, o Programa de Tuberculose, o Programa Saúde do Idoso com o Grupo do Idoso implantado e o Programa Bolsa Família. Os dados disponíveis não estão atualizados desde 2013, em decorrência da mudança de cadastramento, que antes era por ficha, e agora está por uma nova sistemática, que ainda não foi implantado.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Francisca Barbosa Guerra localiza-se no município de Rio Branco, capital do estado do Acre na região norte do Brasil. Na referida unidade trabalha o Dr. Cesar Pan, médico do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) e relator desta análise situacional da saúde.

Rio Branco tem uma estimativa populacional de 305,954 habitantes, com uma densidade de 33,17 hab./km² (IBGE, 2010). A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) do município oferece atendimento em 88 instituições de saúde distribuídas como a seguir: 53 UBS com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 13 UBS tradicionais. Conta com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A atenção especializada é oferecida no Centro “Dra. Cláudia Vitorino”, o serviço hospitalar acontece em quatro hospitais: Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana. A complementação dos diagnósticos médicos é realizada pelo Sistema Único da Saúde (SUS) no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), num CAD de Imagem e no Laboratório Central (LACEN).

A UBS Francisca Barbosa Guerra abrange uma população de 2 350 pessoas (SEMSA, 2013), sendo que a maior parte é do sexo masculino, que representam 1402 pessoas, ao passo que temos 948 que são do sexo feminino. Temos uma

mistura racial, representativamente maior de pardos, seguido dos brancos, negros e menor quantidade indígena, nessa ordem.

A equipe é composta pelo médico que atua como clínico geral, enfermeira, técnica em enfermagem, dentista, ACD e nove ACS (após efetivação de concursados municipais aumentaram em mais cinco os nossos ACS já que a finalidade da secretaria municipal de saúde é compartilhar a população de outra unidade de saúde que fica perto da nossa que possui em cadastro muitos usuários e serão recebidos pela nossa equipe e os ACS), que apoiam a atuação da equipe. Para o atendimento mais distribuído aos usuários do SUS, vale dizer que são disponibilizados pela SEMSA e utilizados pela ESF os protocolos de atendimento para as diferentes ações e procedimentos de saúde.

Do ponto de vista estrutural, a UBS é uma construção nova, que possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera e escovódromo. Possui os consultórios do médico, da enfermeira, PCCU e de odontologia.

As informações são disponibilizadas aos usuários desde que este chega ao local. É feita a triagem de todos os que venham à procura de atendimento e dos serviços que se oferecem, o que possibilita um atendimento mais completo, buscando a integralidade do cuidado. Nossa aspiração é possibilitar um serviço mais integral ao usuário, de modo que ele possa solicitar e nós oferecermos informações que são contidas nos seus prontuários e que, porventura, sejam requeridas por eles ou por outros especialistas para o atendimento em outros níveis da rede. O usuário pode requerer na UBS a confecção do seu Cartão do SUS no momento que chegarem. Estrategicamente, se capacitam os ACS para que dentro da comunidade possam realizar identificação precoce de problemas que apareçam e atuar na prevenção deles e suas complicações mediante ações de educação em saúde. Ressalto ainda que a nossa UBS não tem vínculo com alguma instituição de ensino da região.

As ESF têm funções e atribuições diversas. Dentro destas está realizar encaminhamento para outros serviços de saúde mais indicados para o atendimento dos usuários. Temos tido dificuldades para conseguir vagas pela superlotação, o que obriga inevitavelmente à espera por parte dos doentes até que apareça

oportunidade. Do mesmo modo, ocorre no momento de solicitar complementares de maior tecnologia e complexidade.

Nossa ESF tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir a quantidades de encaminhamentos e está na identificação precoce, acompanhamento, investigação daqueles portadores de doenças crônicas que podem evoluir a outras complicações que só são da competência de especialidades hospitalares. Temos intensificado as ações vigilância e observação na comunidade aos usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF.

Posso citar como exemplo as ações de vacinação que são feitas tipo mutirão onde, no dia marcado, saem para vacinar a enfermeira ou técnico de enfermagem, bem como seus pares homólogos das outras equipes, para que seja mais completo o serviço. Quando feito o PCCU, utilizamos a mesma estratégia. Assim, com cada ação que desenvolvemos é que estamos enfrentando a situação da grande população que merece o melhor dos serviços.

Foi desenhada uma estratégia que possibilita a atenção à demanda espontânea, que nem sempre acontece pelo fato de ter por perto o Centro de Saúde (CS) Dra. Claudia Vitorino, assim como outras instituições de saúde com melhor equipamento e disponibilidade de atendimento nos casos que são necessários. No entanto, quando temos um aumento da demanda espontânea, contamos com pessoal preparado desde o momento da triagem para atuar em redirecionar e dirigir sempre que necessário para atender onde houver maior acessibilidade.

Uma saúde de qualidade para crianças é uma das nossas prioridades e uma aspiração do SUS. Por esse motivo, fazemos o melhor acompanhamento possível, seja na sala da enfermagem ou nas consultas médicas, existindo em nossa área um total de 128 crianças entre zero e 72 meses de idade. A equipe é treinada sistematicamente ficando atualizada na condução de casos específicos que envolvem a saúde da criança.

Nossa UBS utiliza os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para tais fins que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento da criança, o Caderno da Atenção Básica nº33, ano 2012. São feitas ações em palestras para educar os pais e outros familiares que desejam. As ações feitas respondem ao cronograma, que de forma programática é desenvolvido. Não podemos deixar de dizer que é fornecido o serviço de vacinação como é estabelecido no Brasil em correspondência à idade, o teste do pezinho entre outras

ações mais. Nossas atividades tem recebido a aceitação da população pela qualidade com que são desenvolvidas e hoje se constitui uma das mais importantes ações de saúde desenvolvidas na unidade.

A realização de consultas periódicas, conforme é preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº32, ano 2012 possibilita que sejam detectadas antecipadamente quaisquer alterações que apareçam e seja oportuno atuar nesta. A participação das grávidas nas atividades de promoção é ótima, isso por si só já fala bem da qualidade do serviço, já que a equipe tem alto comprometimento e responsabilidade e, de fato, quem procura é porque gosta e se sente bem atendida. Está incorporado às nossas atividades um total de 15 gestantes, às quais são ofertadas ações de acompanhamento da sua gestação, vacinação, promoção e prevenção de saúde para um ótimo desenvolvimento da sua gravidez, estando em correspondência com os dados preenchidos no CAP. Na UBS também é feito acompanhamento às puérperas, com seguimento periódico em relação ao tempo de haver ganhado o seu filho o que permitiu em mais de um 95% avaliá-las no puerpério imediato, nas técnicas de aleitamento, dos cuidados do recém-nascido e planejamento familiar entre outras ações.

O câncer é considerado como uma das principais causas de morte e neste século listado entre as principais causas. Não é segredo que se constitui uma prioridade e, acima disso, porque envolve a população feminina. Apoiados nos protocolos disponibilizados pelo caderno da Atenção Básica (CAB) nº 13, ano 2013, periodicamente desenvolvemos ações de saúde que vão desde a realização do PCCU, ultrassom de mamas, mamografia até as palestras instrutivas para os usuários que são atendidos na UBS. Uma vez preenchido o CAP conferimos os dados em relação à prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama. Em nossos registros compreendem-se 190 mulheres entre 25 e 64 anos de idade, faixa na qual priorizamos a realização do PCCU. Por outra parte, em relação à prevenção do câncer de mama, temos registradas 198 mulheres de 50 até 69 anos, nas quais estamos realizando as ações propostas pelo MS para a prevenção deste tipo de câncer. Os próprios usuários avaliam como muito positivo e oportuno o trabalho feito. Temos realizado palestras nas quais explicamos da importância que tem o autoexame das mamas como indicador precoce da aparição de algum tipo de lesão ou caroço nas mamas. As atividades têm recebido a aprovação das usuárias do SUS e o trabalho feito pelo pessoal da enfermagem e pelo médico são

importantíssimos já que são os profissionais mais preparados nesse tema. Existem registros específicos destas atividades nas consultas especializadas e são preenchidos, constituindo uma arma para pesquisas direcionadas para o incremento da qualidade de vida desse grupo populacional.

Doenças como a HAS e DM estão entre as mais frequentes entre nossos usuários. Tais co-morbidades recebem atendimento específico, pois, como sabemos, podem levar à deterioração progressiva de outros órgãos e sistemas. Existem em nosso cadastro assim como no CAP um total de 189 usuários com diagnóstico de hipertensão, 98% em relação ao dado gerado pelo CAP; Em relação aos usuários diabéticos são 87, o que representa 95% da cifra dada pelo CAP que foi de 92 pessoas como estimativa com 20 anos ou mais que sofrem de diabetes. Conhecendo essa realidade, se desenvolve na UBS o acolhimento na sala de enfermagem onde se faz um acompanhamento prévio de cada usuário, sendo avaliadas as curvas de pressão e glicêmicas e registrados no seu histórico e seu prontuário, recebendo orientações por pessoal qualificado na área. Não somente procura-se monitorar os parâmetros, como sinais que sirvam para fornecer conselhos para mudar seus estilos e modos de vida.

Durante o acompanhamento feito pelo clínico geral, se faz uma avaliação baseada nos informes feitos na consulta anterior, para que tenhamos uma longitudinalidade, com vistas a uma atenção integral e resolutive. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento, no qual o usuário recebe o tratamento medicamentoso fornecido pela farmácia, em correspondência as suas necessidades. A avaliação dos serviços ofertados é positiva e para garantir a qualidade do trabalho apoiamos-nos no CAB número 15 e 16, que respondem aos protocolos de saúde para acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes respectivamente. Reconhecemos que as maiores dificuldades estão no abandono e as mudanças que o próprio usuário faz, às vezes até sem a aprovação médica, o que leva aos estados de descompensação da doença e evolução das complicações. Pensando nisso, é feito um controle feito pelos ACS, visitando o usuário e comprovando o consumo, indicado pelo médico dos remédios. Como outro ponto fraco posso citar que às vezes faltam remédios básicos, o que condiciona que aquele com baixos recursos financeiros fique sem a continuidade do tratamento, já que a maioria não tem como adquirir nas farmácias pelo alto custo.

Cada dia, a idade alcançada pelo ser humano é maior e se constitui um grande objetivo para a Atenção Primária a Saúde (APS), com vista a garantir maior qualidade possível e para isso usa-se o CAB número 17, ano 2007. O idoso precisa muito amor, paciência e atenção. Nós realizamos atividades direcionadas para as 195 pessoas com 60 anos ou mais existentes na nossa área e com a participação das suas famílias, quer seja no ambiente da unidade ou da comunidade. Nestas, explicamos o envelhecimento fisiológico e as mudanças que aí acontecem.

Criamos um grupo de idosos que se reúne periodicamente para fazer atividades de promoção de saúde. Este é muito reconhecido e aprovado por eles e suas famílias, porque o envelhecimento não é só responsabilidade da ESF, mas também da família e toda a sociedade. Participam com frequência a médica, o enfermeiro e ACS, além dos professores de educação física que se juntam a nós para trabalhar. Importante dizer que este tipo de atividades direcionadas aos idosos está contemplado nos protocolos de que dispomos e que junto a elas são ainda realizadas ações de educação em saúde com foco em saúde bucal e nutrição.

A capacidade instalada para a prática clínica da saúde bucal está em correspondência com a população de abrangência da unidade só que neste momento o profissional odontologista colocado para assumir essa responsabilidade na unidade apresenta irregularidades na assistência ao posto o que atrapalha a realização de ações de saúde na unidade. Para a realização de ações coletivas, a capacidade instalada na unidade é limitada. Embora exista uma equipe odontológica na UBS falta sistematicidade no recurso humano, carecemos de insumos para o desenvolvimento de ações coletivas. Apesar de estar um pouco limitados pela falta de recursos e insumos, quando feito o preenchimento do caderno, a média de procedimentos teve um bom resultado que se enquadra nos valores.

Em relação à primeira consulta odontológica, dos grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) comportou-se numa percentagem de 27%, 19%, 17% e 19% na sequência. Aqui vemos o efeito cascata produzido pela irregularidade na assistência do odontologista. Da mesma maneira em que se apresentaram os resultados anteriormente citados, vem aqui um resultado que esteve oscilando numa baixa percentagem, em maior desvantagem esteve o grupo de idosos. Creio que a saúde das pessoas dos grupos priorizados deve ser cuidada assim como no restante da população abrangida, os usuários que chegam até nós na procura pelo atendimento odontológico sofrem a carência de

recursos. A atenção à saúde bucal tem muito a ver com os esforços da SEMSA em garantir os insumos, possuímos o pessoal qualificado. É gerenciada certamente a utilização deles pela ESF o que possibilita estabelecer certa prioridade de atenção aos grupos específicos e desenvolver atividades de promoção e prevenção em saúde.

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

Ao fazer a comparação crítica entre a realidade existente na UBS quando comecei o trabalho e agora em que faço a análise situacional, chego à conclusão de que existem coerências de junção entre o preconizado pelo MS em relação com o que existe na nossa unidade. Permanecem obstáculos que com certeza vamos superar, para isso trabalhamos e temos desenvolvido estratégias para não afetar o atendimento à população, isso trará coesão e capacidade pela ESF de atuar e funcionar direcionada à comunidade e usuários do SUS, permite que possamos conseguir tudo o que desejamos. Após a análise situacional, construímos uma maior apropriação da realidade e do cenário no qual atuamos, a fim de propormos estratégias mais eficazes, buscando a melhora do cuidado em saúde ofertado à comunidade. Meu pensamento é baseado na satisfação de saber que temos conseguido mudar a realidade que havia anteriormente a nossa chegada à UBS. Posicionar num degrau que permita distinguir, identificar e atuar de forma direcionada, com o enriquecimento da qualidade de vida da população, dos grupos prioritários e da população geral, tendo como ganho uma mudança na qualidade de vida dos usuários pertencentes à nossa área de abrangência.

A saúde de qualidade para a população se constitui numa prioridade. Nós contamos com uma equipe comprometida, dedicada e com vontade de lutar pela saúde do povo, de oferecer atendimento de qualidade para as grávidas, para as crianças, para aqueles que sofrem de doenças crônicas, para os idosos. O amor que possuem os integrantes da ESF pelo eu fazer em saúde garante que o cuidado ofertado seja gratificante para o paciente que chega à procura dele e para o profissional que se sente satisfeito quando realiza bem o seu trabalho. Obviamente, as fragilidades existem e os desafios estão postos, como para qualquer dos sistemas públicos de saúde, sobretudo em relação ao financiamento e alta

demanda. No entanto, nossa ESF está comprometida com a causa do SUS. Possuímos uma estrutura física que possibilita um atendimento diferenciado e contamos com a vontade das autoridades e aceitação da comunidade e isso é ótimo. No mais, construiremos nossos caminhos qualificando a atenção no dia a dia de nossa UBS e junto à comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Organização das Nações Unidas (ONU) lançou em 1991 uma carta de princípios para as pessoas idosas, que inclui desde a independência e participação, até a assistência, realização pessoal e dignidade das pessoas idosas. No Brasil, temos marcos legais que protegem o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Política Nacional do Idoso, em 1994 por meio da Lei 8.842 (BRASIL, 1994). O Brasil tem 25,5 milhões de pessoas idosas (15,7% da população) e uma taxa de crescimento anual de 15,4%, torna-se indispensável desenvolver e aplicar políticas em saúde dirigidas a esse grupo populacional (VIACAVA, 2011). O MS, mediante o CAB nº19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, coloca nas mãos dos profissionais da saúde e suas equipes uma série de ferramentas, protocolos e guias práticos que possibilitam melhor qualidade, acessibilidade o que permite um ótimo desempenho do nosso trabalho nessa área específica (BRASIL, 2006).

A UBS Francisca Barbosa Guerra localiza-se na parte urbana do município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, na região Norte do Brasil. A UBS abrange uma população de 2350 pessoas, sendo que a maior parte é do sexo masculino, que representam 1402 pessoas, ao passo que temos 948 que são do sexo feminino. A equipe é composta pelo médico que atua como clínico geral, enfermeira, técnica em enfermagem, dentista, técnico saúde bucal e nove ACS, que apoiam a atuação da equipe. Para o atendimento mais distribuído aos usuários do SUS, vale dizer que são disponibilizados pela SEMSA e utilizados pela ESF os protocolos de atendimento para as diferentes ações e procedimentos de saúde. Do ponto de vista estrutural, a UBS tem uma construção nova, que possui farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de esterilização, salas da reunião e

arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de recepção e espera e escovódromo. Possui os consultórios do médico, da enfermeira e PCCU e de odontologia.

Temos uma mistura racial, representativamente maior de pardos, seguido dos brancos, negros e menor quantidade indígena, nessa ordem. A população-alvo da nossa área representa 9% (n=198) da população total cadastrada no nosso serviço, dos quais 49% está aderida ao nosso serviço e atendimento com participação nas atividades planejadas pela ESF na UBS.

Na nossa maneira de enxergar a realidade existente vejo como é possível falar que a qualidade do atendimento é boa, embora conseguir trazer os 100% dos idosos para as atividades constitui uma prioridade. Para conseguir a qualidade ideal no atendimento à população idosa, indicamos a ampliação de ações de saúde em todos os sentidos e que permitam maior adesão. A intervenção é importante no âmbito da nossa UBS, pois nela se entrelaçam elementos de consulta médica, acompanhamento multiprofissional em saúde, imunizações, saúde bucal, saúde comunitária. Ações estas que buscam envolver a saúde do idoso a fim de proporcionar uma melhor qualidade e expectativa de vida e níveis de saúde. Os desafios também são muitos, pois os hábitos e costumes das pessoas idosas às vezes estão muito relacionados com seu comportamento, de valorização de eventos e de enfrentamento a realidades da vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhora a atenção à Saúde dos Idosos da UBS Francisca Barbosa Guerra, no município de Rio Branco, Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Francisca Barbosa Guerra no Município de Rio Branco no Estado do Acre. Participarão da intervenção idosos acima de 60 anos que façam parte dos cadastros da UBS. Com relação a cada objetivo específico da respectiva ação programática vamos buscar desenvolver algumas ações nos quatro eixos, os quais são: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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 100%

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Os ACS, supervisionados pelo médico, vão monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente e vão confeccionar um registro para o controle da cobertura dos idosos da área, que possibilite realizar acompanhamento daqueles que assistem regularmente mesmo como identificar faltosos à consulta mediante a revisão do mapa de atendimento do médico podendo definir e recolher dados de todos sendo futuramente úteis.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Acolher as pessoas idosas; Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS; Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Detalhamento: A acolhida aos idosos na UBS será por parte dos ACS de cada sessão de trabalho na recepção todos os dias em que chegarem para atendimento ou encaminhados pelos outros ACS desde a comunidade assim como cadastrar todos eles que pertencem à área de cobertura da unidade de saúde.

Direcionaremos o trabalho dos ACS no cadastro dos 100% do total dos idosos da área que ainda ficam fora do nosso alcance, mesmo morando na zona de abrangência, para possibilitar assim um melhor atendimento.

Atualizaremos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) já que o processo de instalação e migração ao e-SUS demorará alguns meses ainda.

Realizaremos o correto preenchimento dos dados e informações estatísticas em relação ao grupo priorizado no qual estamos trabalhando para manter atualizado o sistema o que será total responsabilidade dos ACS que sejam escolhidos para essa atividade.

Engajamento Público

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS; Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Detalhamento: Os ACS e médico vão esclarecer à comunidade sobre a importância de que os idosos realizem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, aproveitando encontros comunitários

e em parcerias com lideranças para explicar às famílias e aos próprios idosos da importância do seguimento médico e da ESF em conjunto para seu acompanhamento, baseados nos protocolos estabelecidos e fornecidos pelo MS.

Oferecer por parte desses membros da equipe escolhidos aos idosos e suas famílias Educação e Promoção em encontros planejados mensalmente de promoção de saúde que podem acontecer na própria UBS ou em outro local previamente informado para tratar entre outros aspectos os diferentes riscos que podem apresentar-se nas diferentes etapas da vida e fundamentalmente nas idades adultas, oferecendo ferramentas práticas que possibilitem a identificação daqueles que possam ser causa de acidentes.

Os ACS irão informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da UBS, além de incentivar a criação do grupo de idosos para realizar ações de promoção e prevenção de saúde, que seja estímulo para que eles procurem nosso serviço voluntariamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento as pessoas idosas; Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe aproveitando as reuniões desta sempre que seja necessário podendo ser mensal ou em meses alternados, onde serão abordados assuntos tais como o acolhimento aos idosos, discussão dos protocolos de saúde do idoso, busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e lembrar à equipe as orientações que devem ser fornecidas neles e suas famílias, tendo presente as necessidades especiais de cada um deles.

O médico escolherá e planejará os temas a desenvolver na capacitação aos ACS principalmente sobre a capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização o que será feito no começo da intervenção na UBS.

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar 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 todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso;

Detalhamento: Será feita checagem e monitorização pelo médico e ACS escolhidos sobre a realização de Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, estabelecendo para isso um controle periódico e frequente (semanal e mensal) na realização da AMR para assim ter uma certeza de como se está desenvolvendo aquela atividade.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...); Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas;

Detalhamento: Coordenar com o encarregado do almoxarifado de maneira que sejam garantidos os recursos necessários para que os membros da equipe, segundo planificação, apliquem a Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

O médico será o responsável em treinar o pessoal específico que seja escolhido para realizar esta tarefa, assim como definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Os ACS sob supervisão do médico irão orientar a comunidade em encontros planejados quinzenalmente com lideranças comunitárias, sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, aproveitando esses espaços para realizar palestras

sobre a importância da realização destas atividades, levando em consideração que a população idosa requer atendimento diferenciado e especial.

Os membros da equipe selecionados desenvolverão um trabalho de conscientização aos usuários sobre como devem acontecer às mudanças na sua vida em diante, os riscos à saúde e problemas mais frequentes, assim como o que esperar em cada consulta o qual será realizado no ambiente da UBS sob a supervisão do médico.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas

Detalhamento: O médico irá capacitar os profissionais da equipe em reuniões na UBS com o propósito de aperfeiçoar o atendimento aos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

De conjunto com o que foi expresso anteriormente, vamos desenvolver uma escala de capacitação de responsabilidade do médico e enfermeira e direcionada aos ACS que se involucram no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população, assim como para a aplicação da AMR.

Treinaremos a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Aplicaremos uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão o exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa na consulta definida no dia da semana.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas; Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado; Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O médico vai definir e distribuir em reunião da equipe quinzenal as atribuições de no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos assim como garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, criando uma planificação das atividades que possibilite estabelecer as atribuições na realização dos exames clínicos nos idosos que tenham hipertensão ou diabetes mellitus assim como controlar a sua regularidade nos exames clínicos apropriados.

Organizaremos a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Estabeleceremos a criação de uma agenda especial que preencha os dados dos idosos com HAS e ou DM que sejam provenientes das visitas domiciliares.

Garantiremos a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Priorizaremos receber referência e contra referência prioritária em aqueles necessitem.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: Os ACS irão orientar no ambiente da unidade e em reuniões e visitas comunitárias os idosos 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.

Planejamento pelo médico de atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades, aos familiares e aos idosos em relação dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e suas complicações assim como outros sinais que afetem os membros (pés, mãos) decorrentes de transtornos circulatórios, as que serão executadas pelos ACS, com periodicidade quinzenal.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico vai capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado em reuniões semanais durante o primeiro mês e nela se desenvolverá uma escala de capacitação no pessoal que se involucra no atendimento aos idosos apoiados nos protocolos disponibilizados pelo MS para atendimento nesta população, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas assim como a aplicação de uma estratégia de preparação no pessoal da ESF para o manejo adequado, encaminhamento e atendimento em correspondência às necessidades individuais e os procedimentos clínicos. Estas ações serão de responsabilidade do médico a executar na UBS com os membros da ESF.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Dois ACS serão escolhidos e treinados pelo médico para monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos quinzenalmente, utilizando mapas de atendimento e prontuários destes usuários, assim como o cadastro da Hipertensão Arterial Sistêmica).

Organização e gestão do serviço

Ações: Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Aos ACS responsáveis e orientados pelo médico lhes será consignada a tarefa de melhorar a qualidade e aperfeiçoamento na escuta, orientação e acolhimento às pessoas idosas portadores de HAS na UBS, além de garantir-lhes o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: O médico e demais integrantes da ESF vão orientar a comunidade aproveitando espaços de reuniões e outros contatos comunitários para falar sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Capacitará o médico na primeira semana do mês de começo da intervenção aos integrantes da ESF da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Dois ACS serão escolhidos e treinados pelo médico para monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos quinzenalmente, utilizando mapas de atendimento e prontuários destes usuários, assim como o cadastro da Hipertensão).

Organização e gestão do serviço

Ações: Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Aos ACS responsáveis e orientados pelo médico lhes será consignada a tarefa de melhorar a qualidade e aperfeiçoamento na escuta, orientação e acolhimento às pessoas idosas portadores de DM na UBS, além de garantir-lhes o material adequado para aferir glicemia capilar (glicômetro) na unidade de saúde.

Engajamento público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Os ACS deverão orientar a comunidade em reuniões e visitas sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, lhes explicando além sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Capacitar-se-á por parte do médico e enfermeira a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Monitoraremos por parte do médico a qualidade na realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa, realizado nas consultas planejadas para esses usuários.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes. Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Definiremos por parte do médico as atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes, com a finalidade de garantir busca às pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado por parte dos ACS na comunidade. Organizaremos a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Garantiremos a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Os ACS orientarão a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico deverá capacitar a equipe nas reuniões do primeiro mês para a realização de exame físico dos pés apropriado capacitando-a para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar, por parte do médico e dois ACS escolhidos e treinados, o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico deverá garantir a solicitação dos exames complementares assim como estabelecer parcerias com o gestor municipal de maneira que haja agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo no laboratório centro de apoio diagnóstico do município. Selecionar ACS que estabeleçam mediante a checagem das solicitações e o recebimento dos resultados sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Engajamento Público

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Os membros da equipe sob controle do médico deverão orientar os usuários e a comunidade em momentos oportunos quanto a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que devem ser realizados.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico deve capacitar a equipe nas reuniões desta nos primeiros meses da intervenção para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia.

Organização e Gestão do serviço

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira deverá realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, assim como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, isso demandará ter atualizado o registro da Hiperdia.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os ACS orientarão à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica.

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão estar atualizados em relação dos protocolos para tratamento da hipertensão e/ou diabetes, devendo se auto preparar com os manuais disponibilizados pelo MS e possuindo-os ao alcance da mão na UBS de maneira que seja prática a sua consulta caso necessário.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: O médico fará checagem do cadastro realizado pelos ACS de forma que consiga monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados semanalmente na reunião da ESF na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os ACS deverão garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa mediante os cadastros na comunidade.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Os ACS informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde, vantagens e benefícios em reuniões, contatos e outros espaços na comunidade ou locais públicos.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: O médico será responsável em capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência que por eles é atendida.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: O médico e enfermeira monitorarão a realização da visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, em cada uma das suas áreas para organizar a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será de responsabilidade da enfermeira organizar a agenda para realizar visitas domiciliares de conjunto com o médico e ACS correspondente

às pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com periodicidade semanal durante a intervenção.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS orientarão a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade, assim como a maneira através da qual, caso não seja identificado pelos ACS, os familiares ou responsáveis solicitem essa atividade na UBS a qual será discutida semanalmente em reunião da ESF.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: O médico e enfermeira orientarão os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, assim como para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: O dentista da UBS deverá monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas, mediante a revisão dos prontuários e ficha espelho odontológica desses usuários já confeccionadas com a finalidade de determinar as prioridades e casos mais necessitados da prontidão de atendimento deste profissional.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário

às pessoas idosas na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Os ACS após capacitação para essa finalidade feita pelo dentista serão capazes de organizar acolhimento, cadastrar, oferecer atendimento prioritário e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: Os ACS após capacitação pelo dentista que será feita nas primeiras semanas desta intervenção vão informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Detalhamento: O dentista capacitará a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas, aproveitando as reuniões semanais no primeiro mês da intervenção.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O dentista e ACS escolhidos e treinados deverão monitorar semanalmente o número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Detalhamento: Os ACS organizarão acolhimento à pessoas idosas na unidade de saúde, monitorando a utilização de serviço odontológico por estes,

organizando agenda de saúde bucal para o seu atendimento e oferecimento prioritário às pessoas idosas.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Será responsabilidade dos ACS que executarão reuniões na comunidade para informar sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na UBS, esclarecendo a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Detalhamento: O médico e o dentista da UBS capacitarão a equipe para realizar acolhimento do idoso, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico de acordo com protocolo. O dentista deverá se auto capacitar nos protocolos disponibilizados pelo MS para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal

Detalhamento: O cirurgião dentista será responsável pela monitorização do número de pessoas idosas cadastradas pelos ACS para avaliação de alterações de mucosa bucal, mediante a checagem dos cadastros e dos prontuários destes.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliados. Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.

Detalhamento: O cirurgião dentista e ACS que sejam escolhidos deverão organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas, devendo disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Engajamento Público

Ações: Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Detalhamento: Os ACS vão esclarecer à população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca, sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta a ser realizada na UBS como parte das ações desta intervenção.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento: Será de responsabilidade do cirurgião dentista capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa oral, para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Meta 2.13 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: O cirurgião dentista será encarregado de supervisionar os ACS que devem monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e o cirurgião dentista serão os máximos responsáveis em demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses à gestão municipal mediante a área técnica correspondente de maneira que sejam solicitados materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na UBS.

Engajamento Público

Ações: Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: Depois de adequada preparação técnica oferecida pelo dentista, os ACS deverão esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias aproveitando espaços de encontros já seja na UBS como na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: O cirurgião dentista irá capacitar nas reuniões da equipe semanais aos membros desta para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

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 as pessoas idosas adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS deverão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, fazendo um controle periódico e frequente sobre os casos das consultas previstas a serem realizadas no centro de saúde em correspondência aos atendimentos adotados pela unidade de saúde.

Organização e Gestão do serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS selecionados e sob o controle do médico vão organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, desenvolver e programar esquema para controle dos idosos faltosos, assim como organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares e estabelecer prioridades para o acompanhamento aos idosos provenientes das visitas domiciliares.

Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão os ACS que vão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e de conjunto com o médico em reuniões semanais. Serão encarregados de planejar atividades de orientação, promoção e prevenção de saúde dirigida às comunidades aos familiares e aos idosos em relação à importância da realização das consultas. Considera-se necessário esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, assim como desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde seja explicada a necessidade e a importância de fazer periodicamente as consultas.

Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e capacita-os para que desenvolvam ações de orientação aos idosos sobre consultas e periodicidade destes.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas confeccionados pelos ACS acompanhadas na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. 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 médico garantirá manter as informações do SIAB atualizadas, implantará planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas assim como pactuar com a equipe o registro das informações em reuniões semanais definindo responsáveis pelo monitoramento dos registros. Organizaremos 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.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Os ACS vão orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Detalhamento: Os ACS vão orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: O médico monitorará a confecção que os ACS realizarão dos registros da caderneta de saúde da pessoa idosa, de maneira a fazer um controle periódico e frequente dos registros das informações contidas na caderneta do idoso na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico monitorará a confecção que os ACS realizarão dos registros da caderneta de saúde da pessoa idosa, de maneira a fazer um controle periódico e frequente dos registros das informações contidas na caderneta do idoso na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: O médico deverá capacitar aos ACS em reuniões de equipe na UBS que estarão envolvidos nas atividades de orientação aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, desenvolvendo oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde sejam explicados seus direitos em relação a possuir caderneta do idoso e importância de portar sempre que for atendido em consulta.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Será responsabilidade do médico capacitar a equipe em reuniões semanais desta na UBS para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Os ACS selecionados deverão monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, sob supervisão direta do médico e enfermeira da UBS de maneira que seja possível fazer um controle periódico e frequente sobre o controle dos idosos com maior risco de morbimortalidade que sejam identificados na nossa área.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Os ACS que estejam na recepção e acolhimento de cada dia, sob o controle da enfermeira, deverão priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, lhes aplicando prioridade entre os demais usuários.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Os ACS e enfermeira serão responsáveis em orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, o que será executado mediante oficinas na UBS e na comunidade direcionadas aos idosos onde seja explicada a importância do acompanhamento naqueles que possuem alto risco de morbimortalidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Capacitar os profissionais da equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e que desenvolvam estas atividades, sendo responsáveis o médico e enfermeira para essa capacitação, executada pelos ACS na comunidade e na UBS.

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Os ACS serão encarregados de monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, mediante uma checagem com periodicidade definida semanal nos prontuários, mapa de atendimento do médico e nos indicadores pesquisados nos idosos em relação à fragilização na velhice existentes nas fichas espelhos.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: Os ACS têm que priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice na UBS em cada dia de trabalho definido.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Será responsabilidade dos ACS, sob a supervisão do médico e enfermeira semanalmente, orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, desenvolvendo oficinas direcionadas aos idosos onde seja explicada a importância dos acompanhamentos naquelas que possuem risco de fragilização na velhice.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, sendo o alvo desta capacitação os ACS que serão capacitados pelo médico em reuniões da equipe.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos as pessoas idosas acompanhados na UBS. Monitorar todos as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Será monitorada pelo médico a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e atendidos nela semanalmente, fazendo um controle periódico e frequente sobre a avaliação da rede

social nos idosos acompanhados no âmbito da nossa UBS e monitorando todos os idosos com rede social deficiente para estabelecer um controle periódico e frequente sobre os idosos com rede social deficiente.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente

Detalhamento: Os ACS deverão facilitar o agendamento e a visita domiciliar dos idosos com rede social deficiente, mediante uma escala de priorização para o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. 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: Os ACS deverão orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, para o qual irão desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades onde sejam explicados como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde que possibilitem 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.

Planejar nas comunidades onde se integrem todos os fatores para a promoção da socialização da pessoa idosa assim como grupos de apoio.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Detalhamento: O médico será responsável por capacitar a equipe nas reuniões desenvolvidas na UBS para avaliar a rede social dos idosos. Capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas. Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O médico se responsabilizará em monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos quando planejado em parceria com outros profissionais entendidos nessa matéria, além de fazer um controle periódico quinzenal e frequente sobre a realização de orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar e fazer um controle sobre o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico deve definir o papel dos membros da equipe em reunião a realizar na UBS nas primeiras semanas da intervenção com o propósito de realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Os ACS serão responsáveis por orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, desenvolvendo oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades assim como a seus responsáveis, onde sejam explicados os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: 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". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico irá 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"; capacitar aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades e 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% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas. Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.

Detalhamento: O médico vai monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos a que será realizada pelo educador físico. Fazer um controle periódico e frequente sobre a realização de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. Fazer um controle periódico e frequente aos que realizam atividade física regular.

Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: O médico irá definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular nas reuniões na UBS, distribuirá responsabilidades em relação às orientações para a prática de atividade física regular. Terá que exigir dos responsáveis municipais e cobrar deles as parcerias necessárias para identificação da realização de atividade física.

Engajamento Público

Ações: Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Os ACS deverão orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular, desenvolvendo oficinas na UBS e na comunidade direcionadas aos idosos e às comunidades para a realização de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: O médico deverá capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O médico deverá monitorar as atividades educativas individuais, estabelecendo um controle periódico quinzenal e frequente aos ACS responsáveis sobre a realização de atividade educativa individual.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico deverá organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, desenhar escala para o dia das consultas idoso de modo que seja possível utilizarem o maior em consultas para fazer todo o necessário sem ficar atrapalhados pela quantidade de usuários a serem atendidos nesse dia.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Os ACS vão orientar os idosos e seus familiares na UBS e na comunidade sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Desenvolver oficinas direcionadas aos idosos e às comunidades para a realização de atividade sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico deverá capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, capacitando aos ACS e/ou outros membros da ESF que desenvolvam estas atividades.

2.3.2 Indicadores

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

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

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para HAS.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para HAS.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para DM.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para DM.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para DM.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas e que receberam busca ativa.

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas 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 pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Indicador 5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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 pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

Utilizaremos o caderno da Atenção Básica nº19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS, do ano de 2006, como documento-base para a realização da intervenção. Empregaremos as fichas espelhos dos idosos, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para fazer uma coleta de dados que permita a realização de uma ficha complementar.

Contamos na unidade com uma quantidade que consideramos suficiente para os idosos de cadernetas, além das fichas de cadastramento que serão utilizadas para auxiliar na identificação dos usuários considerados com fragilidade ou em risco dela. Os materiais descritos serão disponibilizados pela SEMSA, para que a equipe possa realizar o devido acompanhamento dos cadastros e cadernetas do idoso, as que serão preenchidas pelos mesmos. Por meio das visitas dos acamados, com deficiência ou que não podem comparecer ao ambiente da Unidade aspira-se realizar esse cadastramento, apoiados na utilização e atualização da Ficha Espelho e da distribuição e preenchimento da Caderneta do Idoso de maneira que possamos realizar um trabalho com os dados certos da população alvo.

Para organizar o registro específico do programa, o médico juntamente com os ACS revisarão seus cadastros e registros feitos na caderneta do idoso afim de identificar os idosos acamados que não podem dirigir-se a UBS. Após isso será priorizado o acompanhamento da comorbidades e busca ativa dos idosos que padecem de doenças crônicas faltosos a consulta de avaliação na data marcada e agendada para o mesmo. Todos os dados serão registrados manual e eletronicamente. Haverá uma pasta composta por arquivos de cada ACS com o prontuário dos idosos e acamados de suas áreas para que se possa manter uma relação restrita para melhor acompanhamento de pessoas tão debilitadas. A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foi discutida com toda equipe, inclusive foi administrado um curso para cuidadores de idosos com profissionais responsáveis pela saúde do idoso, para acompanhante dos idosos acamados, ACS, enfermeiros, médicos e público em geral, onde foram discutidos todos os tipos de abordagem a um idoso com demência, doenças crônicas, aconselhamento sobre serviços especiais de prevenção e atendimento das vítimas de negligencia, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão. Assim foram discutidos por todos

as ações de melhoria para nossos idosos, para que possam envelhecer com carinho, amor, atenção e dignidade.

O acolhimento deverá ser priorizado e discutido para que haja o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sabias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso. A partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, os profissionais dirigirão primeiramente a seu acompanhante. Será aconselhado se-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. Todos os idosos terão um acompanhamento assíduo mensalmente ou de acordo com suas necessidades. Faremos grupo de idosos, palestras na comunidade, escolas, igrejas para esclarecer o projeto voltado a saúde do idoso e quais seus benefícios.

Haverá uma revisão mensal nos prontuários, nos arquivos dos ACS para as visitas domiciliares, não somente para acamados, mas sempre que for necessário e solicitado por algum membro da família do idoso, tudo para termos ao final de cada mês as informações completas e necessárias coletadas e expostas na Ficha Espelho que serão consolidadas na planilha eletrônica.

Ocorrerão as ações com a participação da comunidade, o que ajudará para a sua realização e implementação no futuro como braço direito para potencializar as atividades de promoção, prevenção assim como serão de grande ajuda para a procura de idosos faltosos e seu envolvimento na comunidade.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X											
Cadastramento de todos os Idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em nossa área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.	X											
Atendimento clínico à população Idosa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento odontológico à população Idosa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Idosos	X			X				X				X
Capacitação dos ACS sobre os fatores de risco para aquele Idoso	X											
Busca ativa de todos os Idosos faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas para o Hiperdia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pactuar com a equipe o registro das informações	X			X				X				X
Revisar os idosos cadastrados com a caderneta do Idoso e prontuários atualizados	X			X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao longo destas 12 semanas de intervenção, as quais foram compreendidas entre 18 de setembro e 11 de dezembro de 2015, realizamos uma intervenção na UBS Francisca Barbosa Guerra, por meio da qual conseguimos acompanhar na totalidade, o que tínhamos desenhado no projeto, sendo que foi possível alcançar as metas propostas. O primeiro momento que marcou o caminho certo foi a capacitação dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), estabelecendo assim o papel de cada profissional na ação programática. Nesse início o compartilhamento das atividades entre os integrantes da equipe, assim como o empoderamento destes para a realização de atividades definiu um rumo que se manteve constante durante todas as semanas. Outra questão que não poderia faltar foi a parceria com a comunidade e suas lideranças, braço direito em tudo.

As ações responderam sempre aos quatro eixos fundamentais da intervenção, conseguindo acometer integralmente todas as ações previstas. Ampliamos a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para os 198 usuários, representando 100% do desejado o que foi possível pelo envolvimento da equipe que saía para cada micro área na comunidade para a realização de todos os cadastros, que oportunamente incidiram para conseguir trazer todos os usuários à rotina de atividades preparada para esta intervenção; potencializado pela integração com instituições e organizações sociais, em especial em nossa área de abrangência.

Significativa consideração ganhou o atendimento clínico à população idosa, o qual foi colocado de conjunto como rotina de trabalho e seguido de acordo com o cronograma de funcionamento da UBS, que possibilitou avaliar a condição individual

de cada usuário, em correspondência com a sua condição atual considerando-se todos os aspectos pautados. Sinalizo aqui também que esses usuários receberam com satisfação as atividades de atendimento odontológico como uma antiga reclamação deles mediante reuniões entre líderes comunitários e gestores.



Figura 1: Fotografia do atendimento médico feito à usuária participante da intervenção.
Fonte: Arquivo próprio

A frequência da participação nas atividades efetuadas foi ótima, mas o que deu significância foi a busca daqueles que por um determinado motivo faltava e que depois era procurado pelos membros da equipe para trazê-lo de volta, de maneira que não perdesse o ritmo e sistematicidade da intervenção. Não poderia deixar de mencionar a realização de visitas domiciliares, pois as histórias em cada uma delas nos trouxeram uma vontade incontrolável de seguir em frente quando conseguíamos chegar até eles por meio do contato direto com a família.



Figura 2: Fotografia de visita domiciliar feita à usuária participante da intervenção.
Fonte: Arquivo próprio

Ressalto que as ações não aconteciam por separado, todas tiveram um nexo, permitindo assim a integralidade já que o idoso era cadastrado, consultado pelo médico e pelo dentista ao tempo em que eram examinados e recebiam orientações direcionadas às doenças como, por exemplo, HAS e/ou DM.

O registro adequado tanto nas fichas espelhos como na caderneta de saúde dos idosos possibilitou uma avaliação constante de cada pessoa idosa, oferecendo dados necessários para fazermos este monitoramento. Felizmente, foi possível realizar essa ação já que existia disponibilidade dessa ferramenta na UBS.

O mapeamento dos usuários alvo da intervenção permitiu identificar, reconhecer e priorizar situações e/ou condições particulares de cada usuário, possibilitando a priorização do seu atendimento, acompanhamento e facilitando-lhes agendamento em decorrência de cada situação em particular, com a devida orientação pela ESF na UBS e na comunidade também.

Dentre as ações com maior aceitação pelos idosos não existe dúvida que foram as encaminhadas à promoção de saúde, com foco em assuntos de interesse deles, temas de importância para uma melhor qualidade de vida.

A checagem constante, avaliando e controlando a realização das atividades, possibilitou que todas as ações fossem realizadas com sucesso, mas nada teria acontecido sem o compromisso, a dedicação, a sistematicidade, as parcerias e a imensa vontade de oferecer um melhor serviço à população idosa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Felizmente nos sentimos satisfeitos que nada se colocou na nossa frente de maneira a interferir negativamente para que algum dos aspectos não tivesse sucesso. Não houve nenhuma ação proposta a desenvolver para esta intervenção que não tenha sido realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O processo de coleta e sistematização dos dados foi muito bem sucedido, permitindo a análise de cada um dos indicadores que possibilitaram a compreensão

do assunto alvo da intervenção. Não houve dificuldade nenhuma ao longo da coleta e da sistematização de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O que mais considero transcendental nesta intervenção é que estamos incorporando as ações, na rotina de trabalho da equipe, há duas semanas. Ampliamos os serviços oferecidos à população alvo demonstrando mais uma vez que com sacrifício, dedicação e esforço conseguimos tirar do papel este projeto que virou intervenção e que hoje está mudando a vida dos nossos “velhinhos da comunidade”. Vamos revisar e considerar o tempo das consultas de maneira que não exista perda dele pelo profissional e que aproveitemos o máximo para continuar aperfeiçoando a qualidade nas consultas de acompanhamento das pessoas idosas na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

A nossa equipe de saúde conseguiu atingir a meta desejada deste primeiro objetivo. Gradualmente, por meio do trabalho em equipe, com a sistematicidade principalmente dos ACS, com o acolhimento às pessoas idosas assim com cadastramento de todas elas pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde. A equipe dos ACS foi na comunidade e informaram sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na unidade básica de saúde assim como importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. No primeiro mês foram 69 os idosos cadastrados, o que representou 34,8% do total; no segundo mês 120 idosos incorporados representando 60,6% e finalizamos com 198 idosos (100%) cadastrados para as atividades desta intervenção, como aparece no gráfico a seguir (Figura 3).

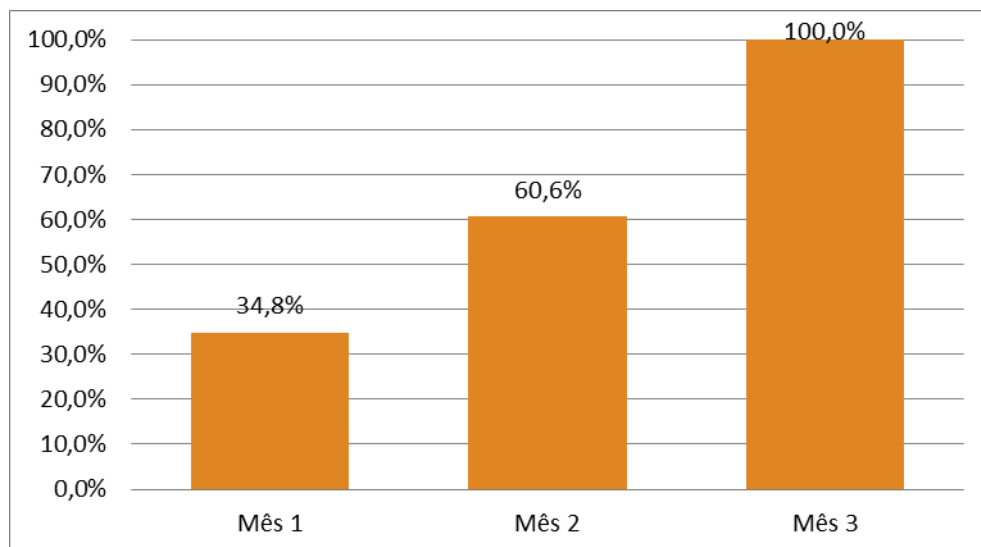


Figura 3: Gráfico indicativo da cobertura do programa de saúde do idoso na UBS.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Falando em qualidade, a primeira meta para esse objetivo foi bem acertada, sendo que foi garantido os recursos necessários para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em todas as pessoas idosas e definir as atribuições de cada profissional da equipe para que conseguíssemos realizar a identificação de problemas de saúde condicionantes de declínio funcional nesses usuários alvos da intervenção. Além disso, foi deixado ciente para os profissionais da UBS de que nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado, assim como a investigação de todos os aspectos familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, que envolvem a vida da pessoa. Para a nossa satisfação os resultados foram os seguintes: no primeiro mês foi feita a AMR em 69 idosos (100%), no segundo em 120 (100%) e no terceiro em 198 (100%) em relação da quantidade de cadastros existentes.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Forma parte indissolúvel da atenção em saúde para uma pessoa a realização do exame clínico apropriado, conhecedores do valor desse procedimento na identificação de alterações no indivíduo. Foi feito o exame em todas as pessoas com sessenta anos e mais que formaram parte desta intervenção, garantindo também a busca dos que não realizaram exame clínico apropriado. Mediante a

organização da agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares e os outros já planejados foi que alcançamos o resultado esperado. A maneira em que se comportou o indicador em cada mês, foi de 69 idosos (100%) no primeiro mês, 120 (100%) no segundo e 198 idosos (100%) no terceiro.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para HAS.

A Hipertensão arterial é uma doença crônica que quando não está controlada ou aparece na terceira idade pode produzir severos danos e repercussões na qualidade de vida desses usuários. Foi com essa finalidade que a equipe de saúde direcionou suas atividades abrangendo também a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas, definindo as responsabilidades de que estariam envolvidos no exame clínico das pessoas idosas, assim como também garantindo a busca dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado. O anterior possibilitou que tivéssemos rastreado 69 idosos no primeiro mês (100%), 120 idosos (100%) no segundo e 198 (100%) no terceiro mês.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para DM.

O diabetes é outra doença crônica que traz várias alterações no organismo da pessoa, ainda mais quando a pessoa está compreendida com sessenta anos e mais, o que acrescenta mais cuidados necessários por parte da equipe de saúde em relação ao rastreamento das pessoas idosas para diabetes mellitus, garantindo a busca das pessoas com diabetes que não realizaram exame físico apropriado, nem o glicoteste de rotina, além da organização da agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares. Nesta meta apresentamos como resultados 69 idosos (100%) rastreados para DM no primeiro mês, 120 idoso (100%) no segundo e 198 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Como explicado anteriormente, o Diabetes produz alterações em vários órgãos do corpo assim como nas estruturas vasculares e microvasculares com maior incidência nas extremidades, daí a importância de realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além de medida da sensibilidade

a cada 3 meses para idosos com diabetes. Queria salientar que uma das mais importantes ações aqui desenvolvidas foi orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Para essa meta rastreamos 29 idosos no primeiro mês (100%), 41 no segundo (100%) e 71 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Solicitar a realização de exames complementares periódicos em pessoas idosas constitui uma prioridade e uma necessidade, já que dessa maneira saberemos com certeza como se encontram os parâmetros no sangue de hemoglobina e hematócrito, glicemia, lipídios entre outros que traduzem algum tipo de situação que quando diagnosticados oportunamente podem ser tratados. Para isso foi preciso monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada. Os resultados comportaram-se da seguinte maneira: 69 idosos (100%) com solicitação de exames complementários periódicos em dia no primeiro mês, 120 idosos (100%) no segundo e 198 idosos no terceiro, com 100% também nesse último mês.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

A mudança de costumes, dos hábitos não é tarefa fácil. Tratando-se dos remédios que os nossos usuários recebem de graça nos postos de saúde para aqueles prescritos a comprar no programa de farmácia popular, mesmo sendo com descontos consideráveis, não é bem acolhido pelas pessoas sem a fundamentação e convencimento demonstrados a eles. Foi preciso monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, mantendo um registro das necessidades de medicamentos principalmente dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para conseguir êxito nessa meta foram necessárias as atividades de orientação à comunidade quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para se obter este acesso. Para esse resultado, registraram-se no primeiro mês 69 idosos aos quais se realizou

prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (100%), 120 no segundo (100%) e 198 no terceiro mês, com 100% nesse último também.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

A diferença que faz o trabalho na atenção básica tem como uma das suas conquistas que as equipes de saúde vão até as casas dos usuários, visitando-os, lhes proporcionando mais saúde e acompanhamento já no conforto da sua casa. Após o monitoramento do número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, realizamos o cadastro de todas elas, sendo que no primeiro mês foram 10 idosos cadastrados (100%), 15 no segundo (100%) e 22 (100%) no terceiro mês.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Como já dito, anteriormente, a realização de visitas domiciliares constitui uma das principais atividades nas unidades básicas de saúde levando atendimento aqueles que necessitam, envolvendo-se nessa tarefa o médico, enfermeira e agentes de saúde. Este último, responsáveis pela identificação e coordenação de visitas em cada uma das suas microáreas. Para essa meta os resultados foram 10 pessoas acamadas ou com problemas de locomoção visitadas no primeiro mês (100%), 15 no segundo (100%) e 22 no terceiro, com 100% neste último mês também.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Para que o serviço de saúde seja completamente integral deve incluir como parte dos seus serviços o atendimento odontológico. Para alcançar a meta desejada de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi preciso organizar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde e lhes oferecer atendimento prioritário de saúde bucal para as pessoas idosas. Durante os três meses desta intervenção foram avaliados para atendimento odontológico 69 idosos (100%) no primeiro, já no segundo tínhamos alcançado avaliar 120 idosos (100%) e encerramos o terceiro mês com 198 (100%) pessoas de sessenta anos e mais.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Depois da realização do cadastro das pessoas idosas para esta intervenção; assim como a realização da identificação da necessidade de atendimento odontológico na totalidade dos idosos incorporados as atividades em cada um dos meses da intervenção até o final foi possível executar a primeira consulta odontológica como era desejado. No primeiro mês realizou-se a consulta odontológica em 69 idosos (100%), já no segundo mês foram 120 idosos (100%) e encerramos o terceiro mês com 198 idosos alcançando 100% também nesse mês. Aproveito para parabenizar a equipe odontológica, pois no caso das pessoas acamadas ou com problemas de locomoção que não tiveram a ajuda dos seus familiares ou lhes foi impossível trazê-los à unidade de saúde, o dentista em parceria com a universidade conseguiu trazer uma equipe móvel possibilitando a avaliação deles na sua própria casa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Entre esta meta e a anterior existe muita relação. A efetivação dela foi possível pela organização de ações conjuntas equipe-comunidade com o propósito de captar pessoas idosas da área, avaliação das alterações de mucosa bucal e por outra parte pela disponibilização de material informativo relativo ao autoexame da boca. Apreciamos que no primeiro mês foram avaliados 69 idosos (100%), já no segundo mês foram 120 os idosos (100%) e encerramos o terceiro mês com 198 alcançando 100%.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas

Como uma alternativa, perante a falta de dentição nas pessoas principalmente idosas, existe a possibilidade de utilizar as próteses dentárias. Uma das nossas metas compreendia avaliar a necessidade de prótese dentária mesmo não disponibilizando de um serviço de produção desse material na unidade básica de saúde. Foi decisivo o monitoramento e a criação de um cadastro com as pessoas idosas cadastradas com necessidade de prótese dentária, atividades desenvolvidas

pela equipe odontológica e pelos agentes comunitários de saúde. No primeiro mês avaliamos essa necessidade em 69 idosos, representando 100% relacionado à quantidade de cadastros existentes nesse período, no segundo 120 idosos (100%) e no terceiro mês foram 198 idosos (100%).

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Foi necessário concretizar a busca das pessoas idosas faltosas às consultas programadas, sendo que de maneira contrária não seria produtivo realizar este trabalho para esse grupo populacional que nós atendemos na unidade básica de saúde. Expressivamente importante foi o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento às pessoas idosas adotado pela unidade de saúde, de conjunto à organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos, atividade principalmente executada pelos agentes comunitários de saúde. Gostaria também de parabenizar a excelente organização da agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. Durante o primeiro e o segundo mês tivemos 5 idosos faltosos às consultas, sendo que todos foram buscados, representando 100% nesses dois meses, encerrando com 15 idosos faltosos no terceiro mês que foram buscados, chegando aos 100%.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Mediante dados confiáveis em registros específicos é possível estabelecer análise de comportamentos de determinadas situações que envolvem a saúde das pessoas. Mediante a realização e a monitorização da qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas foi possível realizar essa meta, para a qual também foi necessário atualizar os elementos do sistema de informações da Atenção Básica atualizado e implantar a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas. Pactuando com a equipe a atividade a desenvolver e definindo aqueles quines seriam os responsáveis foi como conseguimos manter registro específico de 69 idosos no primeiro mês, 120 no segundo mês e 198 no

terceiro mês, representando em cada um desses períodos o 100% em relação do total de cadastros existentes.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Uma ferramenta de considerável importância é a caderneta de saúde da pessoa idosa, histórico individual que devem possuir todos os usuários com sessenta anos e mais que estão cadastrados na nossa unidade de saúde e também para as atividades desta intervenção. Promover essa ação de distribuição das cadernetas determinou garantir a existência desse documento na unidade para o que oportunamente tivemos que estabelecer contato com a gestão municipal com o propósito de que fosse colocada a quantidade solicitada na unidade de saúde e dessa maneira poder confeccioná-la para todos os usuários que não a tinham ainda, e nos casos daqueles que já a possuíam, atualizar os dados e as informações em relação com as atividades de saúde que estávamos realizando. Em ações específicas dos agentes comunitários de saúde foi realizada a orientação às pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando comparecessem em consulta não só na UBS como em outros níveis de atenção. No primeiro mês já tinham esse documento 69 idosos (100%), no segundo a quantidade foi de 120 idosos (100%) e encerramos o terceiro mês com 198 idosos (100%) com a caderneta de saúde.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas

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

Rastrear as pessoas idosas para risco de morbimortalidade incluindo o risco cardiovascular é sumamente importante, desde que é sabido da importância dessa avaliação na identificação precoce de situações ou condições que põem em risco até a própria vida do idoso. Mediante o monitoramento do número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência realizamos a priorização do atendimento dos usuários idosos de maior risco de morbimortalidade. Também foi determinante nessa meta as atividades desenvolvidas pelos agentes de saúde nas orientações sobre o nível de risco e importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. O

comportamento para o primeiro mês foi de 69 idosos (100%) com avaliação de risco para morbimortalidade, no segundo mês foram 120 idosos (100%) e no terceiro mês os idosos foram 198 sendo 100%.

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

O envelhecimento não é doença, mas como parte dos câmbios fisiológicos normais que existem no indivíduo, as mudanças podem afetar o desempenho do dia a dia, sendo preciso investigar nos idosos principalmente a presença de indicadores de fragilização na velhice. Mediante a priorização no atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice e as orientações a eles oferecidas para a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente contribuíram de maneira determinante na realização desta atividade. Foram investigados no primeiro mês 69 idosos (100%), totalizamos 120 no segundo mês (100%) e encerramos com 198 idosos (100%) no terceiro mês da intervenção.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Nesta meta foi viável monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na unidade básica de saúde, com a participação dos agentes comunitários de saúde e da equipe toda de maneira geral conferindo as particularidades em todas as pessoas idosas com rede social deficiente. Outra questão que permitiu alcançar ótimos resultados para esta ação foi a orientação que deram na comunidade aos agentes de saúde para o conhecimento dos idosos e da população em geral sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade básica de saúde e que estimulou a comunidade à promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Refletiu-se essa meta nos 69 idosos (100%) do primeiro mês com relação à quantidade de cadastros existentes, depois 120 no segundo mês (100%) e encerramos com 198 idosos (100%) com avaliação da rede social.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas

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

Uma boa nutrição proporciona ao organismo os nutrientes ideais em cada etapa da vida, além de permitir um balanço entre as necessidades do corpo por meio de um aporte correto. Com a realização de palestras que tiveram a participação de idosos e de outras pessoas da comunidade houve um maior impacto em relação a promoção de saúde que proporcionou orientações as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Receberam essas orientações no primeiro mês 69 idosos, 100% dos cadastrados; no segundo mês 120 idosos (100%) e no terceiro mês a totalidade dos 198 idosos, 100% tinham recebido as orientações.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Embora nem todos os idosos possam realizar uma prática sistemática e regular de exercícios físicos, nossa equipe não se limitou em definir quem poderiam recebê-las, sendo que focamos em passar para eles as orientações necessárias e até básicas para uma prática regular de atividade física. Desenhamos uma rotina de orientações às pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Nesta meta foram no primeiro mês 69 idosos, 120 no segundo mês e encerramos com 198 no terceiro mês da intervenção, sendo que em cada um desses meses a porcentagem fechou em 100%.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Uma higiene bucal adequada que inclua também as próteses dentárias é importante para uma boa e melhor saúde integral da pessoa. A nossa equipe realizou um planejamento e organizou tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual e também aos seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Nesta meta foram no primeiro mês 69 idosos, 120 no segundo mês e encerramos com 198 no terceiro mês da intervenção, sendo que em cada um desses meses a porcentagem fechou em 100%.

4.2 Discussão

Por meio da execução deste trabalho de intervenção para melhoria da qualidade da assistência à saúde do idoso conseguimos que o atendimento fosse melhorado para toda a população alvo compreendida na nossa área de abrangência. Uma das mais importantes vitórias conseguidas com a efetivação da intervenção foi ter trazido à rotina da UBS as 198 pessoas com sessenta anos e mais, individualizando o acompanhamento e atendimento dos mesmos dentro do que é proposto na ação programática. O acometimento da intervenção possibilitou, ainda, realizar uma profunda avaliação nesses usuários, incorporando o acompanhamento das doenças crônicas; visitas domiciliares (com priorização dos acamados ou com problemas de locomoção); oferecimento de atividades educativas com foco nas principais situações e problemas que mais afetam essa população; atualização dos registros da unidade e da caderneta de saúde da pessoa idosa.

A harmonia e união da equipe são o motor que movimenta o trabalho na Atenção Básica, sendo que mediante este trabalho os nexos entre todos ficaram mais fortalecidos, ao passo que executar outras ações para a nossa população não será impedimento. A utilização dos protocolos do Ministério da Saúde que tratam da saúde da pessoa idosa serviram para capacitar à equipe e baseado nisso a execução de ações foi mais fluida, ao tempo em que apoderaram-se desses conhecimentos. Da maneira em que aconteceram as coisas posso mentalizar que outras áreas específicas do trabalho na Atenção Básica poderão ser melhoradas, principalmente aquelas de maior impacto para a população como, por exemplo, a saúde da criança ou acompanhamento pré-natal e puerperal.

O nosso serviço, após ter sido realizada esta intervenção, ficou mais completo e capaz de executar qualquer um trabalho que precise de coesão de grupo. Todas as nossas atividades contaram com a participação da equipe e seus membros deram muito boas ideias e soluções às estratégias que pretendíamos desenvolver para realizar o trabalho, sendo em muitos casos a solução para conseguir atingir metas desta intervenção. Através da execução deste trabalho conseguimos dar responsabilidades aos integrantes da equipe, de maneira que todos se sentiram envolvidos numa grande tarefa e trabalharem juntos, tanto a enfermeira, como a técnica em enfermagem, a odontologia e os agentes comunitários de saúde, todos sob a orientação e guia do médico.

Não existe dúvida alguma que a participação comunitária desempenha uma grande porcentagem do crédito desta intervenção. Foram parceiros conclusivos de todas as ações e hoje se mostram muito felizes e contentes de que a sua Unidade de Saúde, termo utilizado com sentido de pertença, tenha inclusão sem precedentes na história com pessoas que moram nas redondezas e que formam parte da abrangência atendida, quebrando aquela imagem anterior de que Unidade de Saúde e só para prescrever remédios, dar vacinas e aferir pressão.

A capacitação e capacidade adquirida pela equipe de saúde, o trabalho que valorizou a troca de ideias e a priorização de estratégias, a parceria com a comunidade, o desejo de trabalhar para o bem estar desse povo é a “chave dourada” que possibilitou executar a intervenção, sem isso seria só o tempo perdido. Os sucessos na vida não acontecem por acaso e esta intervenção chegou para fazer a diferença e mudar de vez a ideia que muitos tinham da Atenção Básica, incluindo os próprios funcionários da Unidade. A maneira em que as questões foram abordadas, a simplicidade e envolvimento das pessoas da equipe e o desejo de trabalhar para produzir qualidade no atendimento colocaram sobre nós a gratidão da comunidade, das famílias e o reconhecimento dos gestores.

Temos a certeza de que esta intervenção não ficará só por aqui, que não vai parar dentro de uma pasta, em um arquivo. Pretendemos seguir em frente com as ações e atividades nela desenvolvidas e, além disso, começar a pensar quais outros grupos específicos da nossa área de abrangência precisará receber intervenção. Temos que projetar uma intervenção similar, que produza mudanças positivas na qualidade de aspectos como acompanhamento médico, atendimento odontológico e educação em saúde para uma vida com melhor qualidade, como merece o nosso povo.

Os nossos próximos passos será estabelecer de vez estas ações desenvolvidas na saúde da pessoa idosa na rotina de trabalho da unidade; melhorando e aperfeiçoando, apoiados em protocolos e manuais, a qualidade de vida dessa população. Um bom começo seria realizar uma troca de experiências tanto com outros colegas que tenham desenvolvido atividades similares, como com aqueles que realizaram em outras áreas, assim todos aprenderiam mais.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Informo que a intervenção realizada com o vosso conhecimento na Unidade de Saúde Francisca Barbosa Guerra ao longo de 12 semanas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa trouxe grande triunfo em diversos sentidos.

Conseguimos estender a cobertura para 100% dos idosos da nossa área de abrangência, sendo essa quantidade hoje de 198 em uma população de 2350 pessoas atendidas na UBS Francisca Barbosa Guerra; incluindo-se aqueles com dificuldades de locomoção e acamados. Ademais, houve humanização, busca da integralidade da assistência e estímulo a acessibilidade mediante as atividades que foram desenvolvidas.

A equipe em conjunto realizou a Avaliação Multidimensional Rápida nas pessoas idosas da área da UBS; baseados na proposta de avaliação do Ministério da Saúde; executou-se o exame clínico apropriado para as pessoas idosas, inclusive rastreando para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e para Diabetes Mellitus (DM), nestes últimos também com realização de exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses, feito em 71 idosos. Ainda, diversas outras ações desenvolvida com essa população alvo, como a realização de exames complementares periódicos; a priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular as pessoas às idosas; a assistência odontológica; a organização e adequação dos registros; ações de promoção da saúde; entre outras ações e atividades desempenhadas.

Agradecemos o apoio da gestão na disponibilização e apoio concedido para o deslocamento da equipe até as residências desses usuários, bem como a disponibilização dos insumos relacionados aos registros dos atendimentos efetuados.

Interpretamos que precisa existir um planejamento antecipado por parte da gestão, com atendimento prévio da solicitação de recursos feita pela UBS no que se refere a colocar e disponibilizar-nos os materiais como cadernetas de saúde da pessoa idosa, aparelhos para aferir pressão e para realizar hemoglicoteste. Somos cientes das limitações orçamentárias e sabemos que existem muitas outras unidades básicas de saúde da família que também precisam desses recursos, mas quando feito um planejamento certo, baseado na solicitação justificada de materiais, poderia ser dado uma melhor resposta às demandas das equipes da ESF para executar ações como esta que sem dúvida trouxe mudanças na maneira em que anteriormente a ação programática era enxergada. Hoje, após ter conseguido excelentes resultados já começamos a visualizar quantas coisas poderíamos mudar positivamente.

Tudo o que até aqui foi dito alcançou-se pela garra da equipe, pela dedicação e pela sistematicidade no trabalho, pelo apoio da gestão e envolvimento da comunidade. Acreditamos que quaisquer umas das demais ações programáticas merecem e podem ser contempladas, com vista à busca daquilo que se propõe como ideal. Continuamos a trabalhar para manter os bons resultados e solucionar os pontos que ainda estão falhos.

Atenciosamente, Equipe da Unidade Básica de Saúde

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados membros da Comunidade.

Ao longo de 12 semanas estivemos realizando uma intervenção que teve foco a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa. Foram realizados grupo de atividades, os quais a comunidade e equipe da Unidade de Saúde foram bem participativos, além de contarmos com a participação de outros parceiros na finalidade de estabelecer melhorias significativas que incluíssem uma saúde de qualidade para as pessoas maiores de 60 anos da nossa área de atendimento da UBS Francisca Barbosa Guerra.

Conseguimos assistir todos os idosos da área, incluindo aqueles com dificuldades de locomoção e acamados. A equipe realizou diversas ações de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde para uma assistência adequada, desde a parte de consulta clínica, orientações em saúde, solicitação de exames, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, visita domiciliar aos acamados ou com problemas de locomoção, acompanhamento odontológico e o rastreio para diversas doenças. Ainda, foi organizado o registro desses usuários na UBS e distribuído a caderneta de saúde da pessoa idosa, entre diversas outras ações.

Pedimos desculpas por todo incômodo que essa reestruturação possa ter causado a comunidade, especialmente em relação ao acesso ao serviço, mas por tudo que foi exposto acima podem perceber que as vantagens superam os possíveis problemas. Ainda, assim, nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Tudo o que até aqui foi dito alcançou-se pela garra da equipe, pela dedicação e pela sistematicidade no trabalho, mas principalmente pela participação de vocês da comunidade como braço direito de tudo.

Não existe dúvida que vocês da comunidade tiveram uma participação de valor imenso, foram nosso braço direito e partícipes das ações e atividades que

deram a conotação desejada e permitiram os resultados esperados nesta intervenção. As alianças estabelecidas com as lideranças comunitárias e com a própria comunidade foram traduzidas em passos de avanço para cada atividade e através do envolvimento que existiu e que hoje conseguimos lhes apresentar, com os excelentes resultados que trouxe a intervenção em saúde da pessoa idosa, assim como as vantagens para essa população, em especial, no que se refere à qualidade de vida e de atendimento. Assim, deixamos o nosso convite para se juntarem ainda mais às ações e serviços que são ofertados pela UBS.

Atenciosamente, equipe da UBS Francisca Barbosa Guerra.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Programa Mais Médico chegou num momento em que a população mais precisava da presença de um profissional médico nas unidades de Atenção Básica, e mesmo sendo uma oportunidade para mim foi mais importante para a comunidade que ganhou um médico para cuidar da sua saúde em tempo integral. Como sou formado no Brasil, sei bem das principais carências da saúde pública que mesmo precisando de recursos para executar ações, assim como de outras ferramentas para garantir qualidade no serviço, também estava reclamando da necessidade de colocar um médico nos postos de saúde para ser o seu guardião.

Possuía sim experiência de trabalho no sistema, só que sem precedentes neste tipo de afazeres. Oferecer meus serviços em uma população carente, mas com uma alta dose de sensibilidade e de aceitação tem sido até hoje a força que faz seguir em frente e dar o melhor de mim. Estabelecer prioridades e me apoiar nos protocolos da Atenção Básica do Ministério da Saúde me permitiu identificar grupos de risco e projetar ações de saúde que fornecessem uma melhoria na saúde desses usuários, utilizando a equipe e as parcerias com instituições da comunidade que potencializaram o trabalho.

Identifico como uma das maiores certezas o fato de existir vários problemas na organização e sistematização do trabalho, sendo uma delas a situação do acompanhamento regular e sistemático à população idosa o que me levou a direcionar a intervenção nessa direção.

O curso de especialização me permitiu um aperfeiçoamento constante em relação aos conhecimentos sobre problemas de saúde, não só das pessoas idosas que constituíram o nosso público alvo, também dos outros grupos populacionais. A estandardização de protocolos para atuação e tratamento de eventos de saúde que consideramos nos casos clínicos possibilitou uma maior resolutividade de problemas

na saúde dos nossos usuários, em correspondência com as atualizações sobre esses assuntos e estabelecendo sempre um trabalho integral na Unidade de Saúde da Família, visualizando o indivíduo como ente biopsicossocial.

Quando permitida a escolha de foco da intervenção, não duvidei em selecionar a área de saúde da pessoa idosa. Esses usuários necessitam de alta dose de amor, compreensão e entendimento; só demonstrando isso para eles ensinaremos aos seus familiares, parentes, à comunidade, a valorizar a saúde da pessoa idosa como necessidade imperativa e lhe dar um giro radical à maneira de ver as pessoas idosas.

No plano pessoal experimentei que a intervenção foi muito além do que se esperava, estabelecendo um precedente inesquecível que mudou de vez todo conhecimento que tinha sobre a saúde da pessoa idosa. Aproveitar ao máximo as potencialidades da equipe, da comunidade, dos profissionais parceiros para o trabalho com as pessoas de sessenta anos e mais, da maneira expressada na política nacional de humanização do atendimento, foi o que permitiu obter os magníficos resultados que apresentamos, não sendo só um indicador de sucesso, mais do que isso, um resultado de trabalho em equipe que mudou a qualidade de atendimento à população idosa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. 2.488, de 24 de outubro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Disponível em:<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument>. Acesso em: 29 fev. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120040&search=||in%20fogr%20E1ficos:-informa%20E7%2F5es-completas>>. Acesso em: 27 fev.2016.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2013.

VIACAVA, F. et al.. **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. Relatório final da pesquisa em saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 108 p

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante