

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Paulo Alcione Marques,
Santa Rosa do Purus/AC.**

Yaquelin Pérez Escobar

Pelotas, 2016

Yaquelin Pérez Escobar

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Paulo Alcione
Marques, Santa Rosa do Purus/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.

Orientadora: Waneza Dias Borges Hirsch

Coorientadora: Vera Lúcia Quinhones Guidolin

Pelotas, 2016

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

E74m Escobar, Yaquelín Pérez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC / Yaquelín Pérez Escobar; Waneza Dias Borges Hirsch, orientador(a); Vera Lúcia Quinhones Guidolin, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

116 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. Hirsch, Waneza Dias Borges, orient. II. Guidolin, Vera Lúcia Quinhones, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais pelo apoio e incentivo a não desistir de meus sonhos.

A meu filho por todo seu amor incondicional.

A meus irmãos.

A meu comandante Fidel Castro, por ser o motor impulsor deste exército de jalecos brancos a que pertenço.

Agradecimentos

A minhas orientadoras: Wâneza Dias Borges e Vera Quinhones Guidolin pelo apoio durante todo o curso.

A minha equipe de saúde pelo trabalho realizado.

A todos aqueles que de uma forma ou outra estiveram envolvidos neste projeto de intervenção.

Resumo

ESCOBAR, Yaquelin Pérez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC.**115f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis; estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Podendo gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso, foi realizada uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus do estado Acre durante um período de 12 semanas consecutivas que deu início no dia 4 de Dezembro de 2015 e concluiu em 19 de fevereiro de 2016. Nossa ESF está integrada por: médica, enfermeiro, ACS, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de assistência odontológica, auxiliar de farmácia e de almoxarifado entre outros. A UBS atende um total de população de 2468 habitantes e o público alvo para a intervenção foram todas as pessoas com 60 anos ou mais residentes em nossa área de abrangência. Foi elaborado um cronograma de ações distribuídas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Entre os instrumentos utilizados está a ficha espelho de saúde do idoso e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, prontuários clínicos individuais e registros de informações existentes na unidade. Quando iniciamos a intervenção o município tinha um total de 91 idosos cadastrados o que não se correspondia com a estimativa do caderno de ações programáticas (158) e representava 58% de cobertura do programa. Após concluir a intervenção foi cadastrado um total de 104 usuários residentes no município até essa data e alcançando assim 100% de cobertura do programa. Outros resultados obtidos durante a intervenção foi o cadastro de 100% das pessoas acamadas ou com transtornos de locomoção assim como realizar 100% das visitas domiciliares para estes usuários. 100% dos usuários avaliados durante esse período foram rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica e para Diabetes Mellitus. Este projeto foi de grande importância para a comunidade porque ficou conhecendo a existência do programa saúde do idoso e dos benefícios que este lhe oferece. O serviço oferecido na unidade melhorou quanto à qualidade do atendimento e a equipe ficou mais unida e capacitada na atenção à saúde do idoso, sendo que está incorporada a rotina diária da UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Figura 1 Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus segundo divisas do Brasil.	12
Figura 2	Figura 2 Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus.	12
Figura 3	Figura 3: Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC	82
Figura 4	Figura 4: Gráfico de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/ AC.	87
Figura 5	Figura 5 Gráfico de pessoas idosas que receberam orientações sobre prática de atividade física na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC	89
Figura 6	Apêndice A. Fotografia entrada Cento de saúde Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/ AC	91
Figura 7	Apêndice B: Equipe de saúde da UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC.	105
Figura 8	Apêndice C: Atividades de prevenção de saúde. Rastreamento de doenças transmissíveis. UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC.	106
Figura 9	Apêndice D: Atividades de promoção de saúde estimulando a prática de atividade física. Academia da saúde Santa Rosa do Purus/AC	106
Figura 10	Apêndice E: atividades de promoção e prevenção de saúde. Centro de Saúde do idoso. Santa Rosa do Purus/AC.	107
Figura 11	Apêndice F: Atendimento clínica e atualização de registro de dados. Rastreamento de HAS Município Santa Rosa do Purus/AC.	107
Figura 12	Apêndice G: Visita domiciliar realizada aos idosos acamados ou com transtorno de locomoção. ESF da UBS Paulo Alcione Marques. Santa Rosa do Purus/ AC.	108
Figura 13	Apêndice H: visita domiciliar realizada em busca de faltosos. ESF da UBS Paulo Alcione Marques. Santa Rosa do Purus/ AC	109
Figura 14	. Apêndice I: Rastreamento de Diabetes Mellitus realizado aos idosos durante os atendimentos. UBS Paulo Alcione Marques. Município Santa Rosa do Purus/ AC.	110

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbsAg	Antígeno de superfície da Hepatite B
HIV	Vírus imunodeficiência Humana
IGG	Imunoglobulina G Toxoplasmose
IGM	Imunoglobulina M Toxoplasmose
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal De Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único DE Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory (sorologia)
VHC	Vírus da Hepatite C

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	33
2 Análise Estratégica	35
2.1 Justificativa.....	35
2.2 Objetivos e metas.....	38
2.2.1 Objetivo geral.....	38
Ampliar a qualidade da atenção a saúde das pessoas idosas cadastradas e acompanhadas na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus/AC.....	38
2.2.2 Objetivos específicos e metas	38
2.3 Metodologia.....	40
2.3.1 Detalhamento das ações	40
2.3.2 Indicadores	68
2.3.3 Logística.....	73
2.3.4 Cronograma	76
3 Relatório da Intervenção.....	77
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	77
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	79
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	79
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	80
4 Avaliação da intervenção.....	81
4.1 Resultados	81
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores	95
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	101
Referências	103
Apêndice A.....	105

Apresentação

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), no qual desenvolvemos uma intervenção na UBS Paulo Alcione Marques de Santa Rosa Do Purus/AC, sobre o programa de atenção à saúde da pessoa idosa no município. Dita intervenção foi desenvolvida no período compreendido entre 4 de dezembro de 2015 a 19 de fevereiro de 2016, equivalente a 12 semanas de trabalho consecutivas.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e, a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a Análise Estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa UBS encontra-se lotada no município Santa Rosa do Purus no bairro centro da cidade; ficando mais o menos a uns 500 metros das margens do rio Purus. Brinda assistência a toda à população de brancos e indígenas que moram na nossa área de abrangência além da população ribeirinha e das aldeias que chegam até a UBS em busca de assistência médicas. A UBS conta com uma sala de espera, farmácia, 1 consultório odontológico, 1 consultório médico, 1 sala de enfermagem, 1 sala de procedimentos, 1 laboratório, sala de esterilização, cozinha e banheiros públicos e para os funcionários da UBS. Temos uma situação um pouco complicada já que só existe um consultório médico e duas médicas prestando assistência no mesmo horário de atendimento. O qual é uma situação um pouco incomoda, pois uma sempre fica na espera de um local livre para poder assistir aos seus usuários. Situação que até agora não tem interferido na qualidade da assistência médica prestada aos usuários.

A UBS tem um sistema de classificação dos doentes que diariamente chegam ao nosso serviço, tendo prioridade as emergências, as crianças de menos de um ano de idade e as grávidas. Processo que é aceito pela população sem reclamações. Durante as consultas o intercâmbio com o usuário é pedra fundamental na obtenção de dados e informação para chegar ao diagnóstico e poder indicar o tratamento certo. Sempre depois de concluir a consulta tento brindar um pouco de educação sanitária para os usuários para aumentar os seus conhecimentos sobre saúde e a prevenção de doenças e suas complicações. É de meu especial interesse que cada família conheça quando a vida de um de seus membros está em perigo, que as mães saibam como agir na frente de uma situação determinada, que elas conheçam, por exemplo, quais são os sinais de desidratação,

que elas saibam quais são as sinais de doenças respiratórias, que saibam como e quando administrar soro oral para suas crianças.etc. É de vital importância que cada família saiba como criar um estilo de vida saudável para assim evitar a aparição de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus, e as Cardiopatias Isquêmicas por só citar alguns exemplos.

Para estabelecer um maior vínculo e relacionamento do médico com a comunidade existe um programa de visitas domiciliares para os idosos, os hipertensos, os diabéticos e as crianças com transtornos nutricionais, além daquelas pessoas que por uma ou outra situação não puderem chegar até nossa unidade.

Estamos fazendo um trabalho de investigação nas crianças com risco nutricional e os desnutridos com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil em nosso município. Muitas das nossas crianças nascem com baixo peso pelo que é necessário um melhor trabalho com o risco preconcepcional na detecção de doenças que de uma ou outra forma puderem afetar a saúde e o bem-estar do futuro bebê. Brindar uma atenção pré-natal de alta qualidade deve ser objetivo fundamental de nosso trabalho: o que aqui não depende só da capacitação dos enfermeiros e médicos se não dos recursos disponíveis na unidade e no município, os quais são realmente insuficientes. Por exemplo, não contamos com especialistas em obstetrícia, não contamos com serviços de ultrassonografia nem um laboratório com recursos suficientes e adequados para o diagnóstico de doenças pré-natais.

É meu maior desejo que este trabalho de especialização em saúde da família tenha um verdadeiro efeito na melhora da qualidade de saúde e de vida da população do município Santa Rosa do Purus e do Brasil em geral.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santa Rosa do Purus é um município brasileiro do estado do Acre. Faz parte da Mesorregião do Vale do Acre e da Microrregião de Sena Madureira. O Santa Rosa do Purus é um município do Parque Estadual Chandless. A Área da unidade territorial é de 6,145,610 km².



Figura 1 Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus, segundo divisas do Brasil.
Fonte: Google maps.

Fica a 300 km da capital do estado. Possui 4.068 habitantes, segundo o censo de recontagem da população de 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE). Atualmente, o município Santa Rosa do Purus tem 5637 habitantes, sendo 2468 habitantes da zona urbana e 3169 das aldeias e população ribeirinha, segundo o cadastro populacional do 2014.



Figura 2 Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus
Fonte: Google maps

A vila de Santa Rosa do Purus foi transformada em Município pela Lei Estadual n° 1028 de 28 de abril de 1992, promulgada pelo então Governador, Edmundo Pinto de Almeida Neto. O seu território foi desmembrado do município de Manuel Urbano. Situado às margens do rio Purus, seu limite começa no marco internacional da fronteira Brasil / Peru, localizado próximo a nascente do rio Santa Rosa do Purus, limitando-se também com os municípios de Feijó e Manuel Urbano. Santa Rosa do Purus, juntamente com Manuel Urbano e Sena Madureira, faz parte da Regional do Alto Purus, sendo um dos municípios mais isolado do Estado, tanto físico como institucionalmente.

O município conta só com uma unidade de saúde (UBS); o Programa de Saúde da Família (PSF) móvel e a Unidade Mista. Em nosso município não existe disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como também não existe disponibilidade de atenção especializada. Contamos com um laboratório que só faz coleta de material para diagnóstico de Leishmaniose, tuberculose, vírus de imunodeficiência humana (HIV) e sífilis (VDRL). O único laboratório que existe em Santa Rosa é do quartel militar, que antes ajudava na realização de exames de hematologia, química sanguínea, urina e fezes. Mas após a saída da anterior bioquímica ficamos totalmente desprotegidos e nossos diagnósticos são puramente clínicos porque não temos apoio do quartel nem para um exame de urgência. Não temos como realizar exames de hematologia especial para o diagnóstico de doenças como a sicklemlia, a dengue ou febre chicungunya; além de não ter nem como fazer um estudo de anemia para determinar o tipo de anemia que apresentam os usuários. A disponibilidade de serviço hospitalar é outra das situações que afeta a qualidade da atenção médica aqui no município, pois só constamos com a unidade mista para internar os usuários que puderem estar precisando de internação para cumprir tratamento. Mas os casos mais complicados precisam de atenção na capital do estado e ficam dependendo da chegada do SAMU no aero médico, já que até o município só se chega de avião ou de barco. Muitas vezes usuários com uma situação de saúde delicada ficam mais de um dia esperando a chegada do SAMU, na unidade mista onde desde faz quase um ano não tem médico. Todas estas situações fazem da população de Santa Rosa do Purus uma população vulnerável.

A Unidade Básica de Saúde Saúde (UBS) Paulo Alcione Marques, é modelo tradicional e só conta com uma equipe de saúde da família, integrada pelo enfermeiro, os técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, 2 auxiliares de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e o médico de família. Além disso, temos um bioquímico, 2 assistentes sociais, um auxiliar administrativo, uma recepcionista, uma auxiliar de almoxarifado, uma auxiliar de farmácia, 4 vigias e 2 auxiliares de serviços gerais que também participam das atividades na UBS. Existe um vínculo direto com o Sistema Único de Saúde, que permite a aquisição de medicamentos e de equipamento para o atendimento à população além de que o sistema de deslocamento até os serviços especializados na capital também é favorecido pelo SUS. Os encaminhamentos são realizados desde a UBS até outros

níveis de atenção pertencentes ao SUS. Existe também um vínculo dos profissionais da UBS com as instituições de ensino do município, através de palestras sobre problemas de saúde como são as doenças diarreicas agudas, parasitose intestinal, doenças sexualmente transmissíveis, e atenção à saúde bucal.

A estrutura de nossa UBS como a estrutura de qualquer outra instituição de saúde influi na qualidade da atenção médica que recebe o usuário e o familiar. Nosso centro de saúde conta de uma sala de recepção e espera, onde se recebe o usuário e se faz a triagem inicial, colocando no prontuário os principais dados coletados pelo pessoal que trabalha na recepção e realizando a classificação do usuário para serem atendidos primeiramente aqueles com alguma situação de emergência. Os outros usuários esperam ser atendidos na sala de espera onde têm cadeiras confortáveis, água potável e banheiros por se algum deles precisar durante o tempo de espera. Temos 2 banheiros para o uso dos usuários. A UBS tem disponível 2 cadeiras de roda por se algum usuário precisar dela. Temos só um consultório médico e dois especialistas prestando assistência no mesmo horário de trabalho o que resulta um pouco incomodo para nós. Pois uma das médicas sempre tem que estar em busca de um local disponível para consultar. O consultório médico tem banheiro em seu interior não sendo assim no consultório odontológico. Não contamos com um consultório ginecológico o que dificulta o trabalho nessa área. Respeito às barreiras arquitetônicas temos muitas, começando pela entrada da UBS que encontra se em uma situação crítica, pois está cheia de buracos e de lama que quase não permite nem os carros chegarem; dificultando com isto o ingresso dos usuários idosos, deficientes ou cadeirantes. A rampa de acesso a nossa unidade não tem corrimãos.

Todas estas situações que hoje afetam nosso trabalho e a qualidade da assistência médica que nossa população recebe podem ser solucionadas com o tempo. Acredito que pode se fazer uma coordenação e planejamento de trabalho para que pelo menos uma vez ao mês chegue até nosso município um grupo de especialista como: pediatra, obstetra, ginecologista, psiquiatra, cardiologista, nutricionista, pneumologista, e dermatologista; por só mencionar alguns deles. Dando cobertura assim a uma parte das necessidades de nossa população. A correção das barreiras arquitetônicas não é coisa impossível só é preciso um maior apoio da prefeitura municipal na disponibilização de recursos e trabalhadores para em pouco tempo solucionar este problema. A secretaria de saúde do município em

conjunto com a prefeitura deve chegar a um consenso com o bioquímico do quartel militar para ele apoiar nosso trabalho mesmo só na realização de exames de urgência. Estabelecer uma sala de trabalho para os agentes de saúde asseguraria um maior e melhor vínculo deles com o pessoal da assistência médica o que favoreceria o trabalho comunitário e ajudaria a satisfazer as necessidades da população, pois diariamente estaríamos informados da situação de saúde na nossa área de abrangência.

São objetivos de a atenção básica promover atenção integral, continua e organizada à população adscrita assim como realizar atenção em saúde na UBS, no domicílio ou qualquer outro local do território de atendimento. Aqui em nosso município além do trabalho diário realizado na UBS, temos outros espaços onde os profissionais de saúde brindam assistência à população.

Está se levando a cabo regularmente um programa de visitas domiciliares aos usuários diabéticos, hipertensos, idosos assim como a qualquer outro usuário que estiver impossibilitado de assistir espontaneamente a nossa unidade. Este trabalho é realizado por um médico, um técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde da microárea. Durante estas visitas se realiza o preenchimento das fichas de cadastro individual, se observam as condições higiênicas e ambientais do lar e o território ao redor deste, para identificar possíveis fatores de risco à saúde do indivíduo e da família. Durante esta visita explicamos a importância do cumprimento dos tratamentos médicos na profilaxia de complicações das doenças crônicas como; a Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus. É muito importante o cuidado a saúde do idoso pois assim contribuimos a elevar a expectativa de vida de nossa população. Com este objetivo, aqui no ginásio do município uma vez por mês temos um encontro com os idosos da nossa área. Esse dia realizamos consultas médicas, verificação de pressão arterial e de glicose, palestras sobre alimentação saudável, consequências do tabagismo, importância do cumprimento dos tratamentos médicos; assim como profilaxia dos acidentes no lar que puderem levar a incapacidade ou acamamento. Além disso, se oferece um lanche para todos eles, e os membros da equipe junto com um profissional de educação física realizam exercício, jogos e danças com os idosos para assim levar um pouco de alegria e estímulo a essa parte importante da população que muitas vezes fica desprotegida até pela própria família.

Nas escolas se realizam atividades educativas sobre saúde bucal e doença parasitária. Mas acredito que deve se realizar um maior trabalho com os adolescentes fazendo atividades de grupo e palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Na unidade não contamos com recursos suficientes nem adequados para realizar atendimentos de urgência e emergência e também não temos instrumental nem material de sutura para a realização de pequenas cirurgias pelo que nosso trabalho está se vindo afetado nessa área de atendimento. Situação que precisa ser melhorada para oferecer um serviço com mais qualidade como a população merece. O levantamento dos usuários moradores na área de abrangência que precisa receber cuidado domiciliar ainda não está estabelecido, não entanto quando um usuário precisa ser avaliado no domicílio os profissionais da equipe chegam até seu lar para realizar o atendimento que ele estiver precisando; seja uma consulta domiciliar, um processo curativo ou aplicação de medicamento injetável se fosse preciso. Em ocasiões temos usuários diabéticos novos que requerem de medicação diária com insulina e visitamo-lo para explicar o método de conservação e aplicação do medicamento; assim como para verificar o cumprimento do tratamento.

Deve ser desenvolvido com maior força o trabalho educativo com os grupos de adolescentes e mulheres em idade fértil para elevar o nível de conhecimentos sobre temas como a gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e prevenção do câncer ginecológico; os quais são problemas de saúde de enfrentamento diário na UBS. Tendo em conta os problemas existentes na unidade pode ser elaborado um plano de trabalho unificando o trabalho de médicos e enfermeiros com os agentes comunitários de saúde, que deveriam se reunir pelo menos a cada 15 dias para fazer uma análise das informações obtidas durante esse período. Enfatizando o levantamento de usuários que necessitam de atendimento domiciliar, grupos de adolescentes, mulheres em idade reprodutiva, risco preconcepcional assim como os grupos de menores de um ano para favorecer assim o trabalho com estes grupos prioritários o que ajudaria a elevar o estado de saúde da população de nossa área de abrangência. O médico de cada área seria o responsável pela realização destas atividades, mas o resultado final depende da integração da equipe de saúde em sua totalidade.

O total de população residente em nossa área é de 2468 habitantes em sua maioria indígenas das etnias Kaxinawá, Kulina, Jaminawa e Hunikui. Tem cadastrado um total de 770 mulheres em idade fértil, delas 537 estão entre os 25 e 64 anos de idade. Atualmente existe um total de 24 gestantes e 49 menores de um ano cadastrados na área. A quantidade de população se adequa ao tamanho da equipe, mas a falta de médico na unidade mista traz como consequência um aumento no número de usuários que chegam até a unidade em busca de atendimento, e para lidar com este excesso temos o apoio na unidade do médico do PSF móvel quando este tem que viajar para a zona rural.

Demanda espontânea inclui toda demanda do usuário por atividade na UBS, não agendada e específica de nenhum setor. Em nossa unidade existe atenção à demanda espontânea, pois na prática diária são assistidos todos os usuários que cheguem até a unidade em busca de atendimento sem que precise fazer um agendamento prévio da consulta médica ou de qualquer outro dos serviços que estiver precisando. Em nosso centro não temos problemas com a atenção aos problemas agudos de saúde, pois todo aquele usuário que estiver apresentando um problema de saúde que tenha necessidade de atendimento no dia é assistido no momento e com prioridade se for preciso. A demanda espontânea em nosso local de atendimento às vezes é grande e para dar solução a este problema foi decidido pelo diretor da UBS que as duas médicas trabalharam no mesmo horário para que nenhum usuário tivesse que regressar a casa para voltar no outro horário de atendimento. Os usuários que precisam de atendimento odontológico de urgência são atendidos sem dificuldade, pois não existe uma alta demanda de atendimento neste serviço.

O acolhimento é uma prática existente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários nos atos de receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de forma variada. Em nossa unidade o acolhimento do usuário é realizado diariamente em os dois turnos de atendimento. Primeiramente é acolhido pelo pessoal da recepção num tempo variável de 5 a 10 minutos. E depois disso é acolhido pelos profissionais correspondentes em cada um dos serviços que seja atendido e o tempo de escuta depende das necessidades reais de cada usuário. Não está estabelecida uma equipe de acolhimento ao usuário não entanto este trabalho é realizado pelo recepcionista, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem ou pelo odontólogo da unidade. E é realizado nos

diferentes espaços de atendimento em que existe um intercâmbio dos profissionais de saúde com o usuário de saúde. Em nossa unidade não existe dificuldade na realização do acolhimento durante a interação com o usuário. E quando existe um excesso da demanda as urgências são atendidas no momento e as não urgências são atendidas no outro turno de trabalho.

Em relação à saúde da criança de 0 a 72 meses em nossa unidade são realizadas consultas de puericultura, atendimento a situações de saúde agudas, imunizações e atendimentos odontológicos. A puericultura é o conjunto de cuidados que fazem parte da supervisão de rotina da saúde infantil. Também pode ser chamada de pediatria preventiva e tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um adulto fisicamente sadio, psicologicamente equilibrado e socialmente útil. O trabalho de puericultura deve ser iniciado inclusive antes do nascimento do bebê, aproximadamente entre as 26 e 28 semanas de gestação e é conhecida como puericultura pré-natal, tem como objetivos preparar a futura mãe para o cuidado do bebê que está por nascer. Aqui nesta consulta a mulher deve receber orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, importância do teste do pezinho nos primeiros sete dias após o parto. Também a futura mãe deve adquirir conhecimentos nesta etapa sobre as diarreias fisiológicas do recém-nascido e da perda fisiológica de peso que ocorre nos primeiros dias após do parto o que habitualmente é motivo de preocupação da mãe e a família.

De acordo com o caderno de ações programáticas (CAP), segundo a população vinculada à equipe teríamos 49 crianças menores de um ano residentes na área. Nos nossos registros temos conhecimento que na área existem 62 crianças menores de 1 anos e 100% destas crianças menores de um ano residentes na área e são acompanhadas na UBS. Nos indicadores de qualidade para esta população não temos dados para analisar quantas destas 62 crianças menores de um ano residentes na área e são acompanhadas na UBS estão com consultas em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde então se analisa que as 62 (100%) tem atraso de consultas agendadas em mais de sete dias. Das 62 acompanhadas apenas 19 (30,6%) tiveram a primeira consulta de puericultura realizada nos primeiros sete dias de vida.

Das 62 cadastradas e acompanhadas temos 19 (30,6%) que fizeram o teste do pezinho até sete dias. Nenhuma criança teve realizada a triagem auditiva. Todas as crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS foram

monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, e 60 (96,7%) estão com a vacina em dia. Nenhuma das 62 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS foi avaliada quanto à saúde bucal. As mães destas crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS foram orientadas sobre a importância de manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade como fonte de alimentação da criança e sobre os cuidados para a prevenção de acidentes.

Não existe na unidade um arquivo específico para os prontuários dos menores de um ano, os que se estiverem separados dos outros prontuários é identificados os riscos com cores facilitaria muito o trabalho com este grupo prioritário .Por exemplo crianças com baixo risco pediátrico (cor verde);crianças com alto risco pediátrico (cor vermelho),assim seria muito mais fácil identificar as crianças faltosas a consultas, avaliar e monitorar o programa de puericulturas no município .Eu como médica geral integral e que estou acostumada a trabalhar na comunidade e com a medicina preventiva tenho muitas ideias que sei que se todos concordaram comigo poderiam melhorar significativamente a atenção a saúde aqui no município . Para estimular as mães e educar elas na importância da puericultura poderia se iniciar com um atendimento para todos os menores de um ano uma vez por mês no ginásio da cidade. Esse dia levamos o equipamento necessário e os materiais de trabalho, participaria toda a equipe de saúde e os agentes comunitários e ao final do atendimento se realizaria um lanche. Acredito que assim pouco a pouco íamos incentivar as mães e a família a apoiar o processo de puericultura e acudir periodicamente às consultas. Assim também podem ser realizadas atividades com as crianças de até três anos de vida o que com uma frequência de três em três meses, por exemplo.

A falta de especialistas no município e o difícil deslocamento até unidades especializadas interferem na atenção à saúde da criança, às que não são avaliadas periodicamente por um pediatra ou por um nutricionista como deveriam ser avaliadas e como tem o direito de ser avaliadas. A saúde bucal está também muito desprotegida porque só temos dentista no horário da tarde. A triagem auditiva não pode ser feita porque não temos especialistas disponíveis nem acessíveis. Por outra parte é importante ressaltar que a triagem neonatal aqui no município é realizada geralmente após os sete dias porque as mães não trazem as crianças em tempo; pelo que precisamos de uma maior participação da equipe de saúde para que o

teste do pezinho seja realizado no tempo certo e com a qualidade que deve ser feito. A melhora na organização do trabalho pré-natal leva a um trabalho com maior qualidade na etapa pós-natal da criança, ou seja, nas consultas de puericultura.

Dados recolhidos durante a leitura do caderno MS 2012 “Saúde da criança”, mostram que no Brasil 68,6 % das mortes em crianças com menos de um ano acontecem durante à etapa neonatal (até 27 dias), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Um número expressivo mortes é evitado por ações dos serviços de saúde tais como atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Daqui a importância de levar a frente um programa materno infantil com qualidade.

Com a união de todos os integrantes da equipe de saúde da família e o apoio das autoridades do município é possível fazer um bom trabalho no cuidado a saúde da grávida, da puérpera, das crianças, adolescentes e população em geral.

Reuniões de equipe e um adequado planejamento do trabalho poderiam ser sem dúvida alguma uma forma de ampliar e melhorar a qualidade da atenção à puericultura em nossa UBS e no país.

A atenção ao pré-natal é muito importante no Brasil, pois a mortalidade materna ainda constitui um problema de saúde pública que precisa ser melhorado. A captação precoce de gestantes no pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério são fundamentais para a redução destas taxas. Na atenção em pré-natal e puerpério fazemos Pré-natal de segunda a sexta feira nos turnos matutinos e vespertinos. As consultas são realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro. Na área de abrangência da UBS, estima-se pelo CAP que teríamos 25 Gestantes na área (1% da população total), porém de acordo com os dados levantados temos 28 gestantes residentes na área e atualmente temos 24 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS.

De acordo com o CAP temos nos Indicadores de qualidade que das 24 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS 4 (17%) foram captadas precocemente iniciando o pré-natal ainda no 1º Trimestre de gestação, porque aqui as mulheres só buscam acompanhamento médico quando a gravidez é evidente, sua maioria são indígenas com poucos recursos e nível cultural baixo. Das 24 acompanhadas 16 (67%) tem consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis).

Durante a primeira consulta são solicitados os exames laboratoriais preconizados, onde as 24 (100%) tem a solicitação feita, mas como não temos laboratório clínico no município só tem feitos os testes rápidos e as sorologias de HIV, VDRL, HbsAg, VHC e IGG E IGM toxoplasmose, glicemia de jejum capilar, nenhuma grávida tem feito hemoglobina, hematócrito, grupo sanguíneo e fator RH, teste de Coombs, exame de urina, exame parasitológico de fezes e bacterioscopia do conteúdo vaginal.

Todas as 24(100%) gestantes estão em dia com a vacina antitetânica e contra hepatite conforme protocolo, sobre a Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Das 24 acompanhadas apenas 7 (29%) tiveram realizado pelo menos um exame ginecológico por trimestre e 14(58%) tiveram avaliação de saúde bucal. Salientamos que todas as 24 gestantes acompanhadas passaram por orientação sobre o Aleitamento materno exclusivo.

Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações no cuidado às gestantes: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal, não se fazem diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental nem promoção da saúde mental porque não temos psicólogo no município. Os profissionais de saúde da UBS utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, para o encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar. Os atendimentos das gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, na ficha de atendimento odontológico, na ficha de espelho das vacinas.

Semanalmente é realizado em nossa unidade um número variável de controles pré-natais; quase a totalidade deles é realizada pelo enfermeiro da unidade, porque nós temos um alto número de usuários que diariamente chegam em busca de atendimento o que não permite que o médico leve o programa de consultas como deveria ser feito. No município não temos um médico trabalhando no hospital o que traz como consequência que a unidade de saúde permaneça lotada nos 2 turnos de trabalho. É por esta razão que os pré-natais são feitos geralmente pelo enfermeiro. Quase todas as captações das grávidas são feitas depois do primeiro trimestre. Os profissionais da unidade estão capacitados para

oferecer consultas de pré-natal com qualidade, mas a falta de recursos disponíveis entorpece nosso trabalho e, porém a qualidade deste. Não contamos com um laboratório no município para realizar os exames que se precisam para oferecer um atendimento pré-natal como deveria ser feito. As grávidas só têm disponíveis testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e C. Não temos como realizar exames como hemoglobina, hematócrito, glicose, urocultura, parasitológico de fezes, eletroforeses de hemoglobina, grupo sanguíneo e fator, exsudado vaginal e endocervical, ultrassonografia, alfa feto proteína, os quais são necessários para levar o acompanhamento do embarço e poder fazer uma maior profilaxia de doenças que poderiam pela vida materna e fetal em risco. Tendo disponíveis estes recursos evitaríamos um número significativo de partos prematuros e baixos pesos os que cada ano contribuem a elevar a mortalidade infantil do município e do Brasil. Durante as consultas se orientam as futuras mães as dicas de como levar um estilo de vida saudável, uma dieta balanceada, profilaxia de infecção urinária e vaginal, profilaxia do parto pretérmino, profilaxia da toxemia, importância do aleitamento materno exclusivo, importância da realização do teste do pezinho no recém-nascido e a futura mãe é orientada sobre a necessidade da avaliação puerperal. São entregues durante as consultas o ácido fólico e o sulfato ferroso, medicamentos utilizados na profilaxia da anemia e do parto pretérmino e o baixo peso ao nascer. Fica agendada a próxima consulta. Em minha opinião precisamos de registros nos que seja possível recolher um pouco mais de informação, por exemplo, no meu país para realizar o controle pré-natal existem 2 cartões de grávidas um para a gestante e outro que permanece na unidade onde ficam registrados sempre todos os dados e que é de mais fácil manipulação e se pode obter facilmente dados como tempo de gestação, trimestre da captação, exames complementares solicitados em consultas anteriores e resultados dos mesmos ,interconsultas com especialistas e data das próximas consultas. Seria muito bom ter a oportunidade de ter aqui na UBS um arquivo só para gestantes o que indiscutivelmente melhoraria a qualidade da atenção e do acompanhamento pré-natal.

Atenção ao puerpério é desenvolvida diariamente em nossa unidade seja pelo médico ou pelo enfermeiro. O puerpério é aquela etapa que vá desde o momento do nascimento do bebê até os 42 dias após o parto. Nesta etapa os cuidados com a mulher são muito importantes já que podem ser identificadas oportunamente doenças que podem danificar a saúde da mulher e que podem levar

até mesmo a morte, como são as infecções puerperais, hemorragias ou hipertensão por só citar alguns exemplos. Durante os últimos 12 meses foram realizados na unidade um total de 42 consultas de puerpério o que equivale aos 86%. A avaliação do acompanhamento no puerpério aqui em nosso município não é deficiente, mas tenho certeza de que poderia ser muito melhor. Pois geralmente durante esta etapa de puerpério se pode fazer um controle (Captação), a que aproveitamos fazer quando o bebê é levado para Ihe realizar o test. do pezinho após disso é muito difícil que a puérpera volte para o próximo controle antes dos 40 dias. Só volta se estiver sentindo alguma alteração em seu estado de saúde ou 2 meses depois no melhor dos casos para solicitar um método de planejamento familiar. Depende do esforço de todos os profissionais da saúde, e do apoio dos agentes de saúde para poder fazer um controle adequado nesta etapa da saúde da mulher. Poderia sem dúvida nenhuma ser melhorada a qualidade da atenção pré-natal e ao puerpério no município Santa Rosa do Purus; porque os profissionais estão disponíveis e prontos para levar para frente o trabalho só precisamos de um maior comprometimento da secretaria de saúde e prefeitura municipal na disponibilização de recursos como reagentes para a realização de exames complementares e estabelecer um planejamento de Inter consultas com especialista da capital para que pelos menos uma vez por mês cheguem até aqui e nossas gestantes sejam avaliadas pelo ginecologista, o psicologista, o nutricionista, o internista pelo especialista em genética o que é um direito de nossas usuárias e uma obrigação do sistema único de saúde do Brasil.

A atenção ao câncer de colo de útero e de mama é levada em nossa unidade de saúde diariamente. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância à elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País. A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada

vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é realizada em todo o País, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica tradicional, são a principal porta de entrada do sistema e o ponto de contato preferencial do usuário. Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

Em nossa unidade se leva o programa de prevenção de câncer de colo de útero de uma forma adequada e satisfatória. O serviço é oferecido durante os cinco dias de atendimento e nos dois turnos de trabalho. Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 537 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 512 mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Nos indicadores de qualidade estamos com 497 (96%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 22 (4,29%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame citopatológico em dia. Temos 28 (5,46%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, que estão sendo acompanhadas na UBS e em serviço especializado. Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 537 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 512 mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Nos indicadores de qualidade estamos com 497 (96%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 22 (4,29%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame

citopatológico em dia. Temos 28 (5,46%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, que estão sendo acompanhadas na UBS e em serviço especializado.

Devemos salientar que temos registrados que as 497 (96%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatórias e com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar. Salientamos que são consideradas como amostras satisfatórias as amostras com células representativas da junção escamocolunar (epitélio escamoso e glandular). As 497 (96%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do câncer (CA) de colo de útero (infecção pelo papiloma vírus humana - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 497(96%) foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco acima mencionados. Também as 497(96%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero foram orientadas especificamente quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Geralmente as mulheres acodem a nossa unidade espontaneamente em busca do serviço, é importante ressaltar que a pesquisa do câncer e colo de útero não é só oferecido para as mulheres pertencentes à grupo etário; pois toda mulher sexualmente ativa e com fatores de risco associados é assistida na unidade. A importância da realização do exame preventivo é conhecida pela população graças ao trabalho dos trabalhadores da saúde de forma geral. Embora o programa não seja totalmente organizado é levado com responsabilidade. Mas para ter um programa de trabalho muito mais organizado e eficiente precisamos de um arquivo específico organizado por meses e por anos. Assim é possível conhecer com exatidão a data certa do próximo exame, e com ajuda dos agentes de saúde as mulheres podem ser citadas no tempo certo. Evitando com isto atrasos no programa e assegurando uma melhor atenção no controle de câncer de colo de útero no município. Temos problemas com recepção dos resultados dos exames que muitas vezes chegam atrasados porque aqui não temos laboratório para o análises das

mostras citopatológicas e às vezes tardam meses em chegar; até três meses ou mais o que interfere com a qualidade e a eficiência do programa.

O programa de prevenção do câncer da mama no município não é eficiente, pois as condições de acesso da população à atenção oncológica e aos serviços de exames como ultrassonografia de mama e mamografia são um problema que dificulta o cumprimento do programa. Existem registradas em nosso serviço um total de 97 mulheres entre os 50-59 anos de idade e delas só um 12% tem exame de mamografia em dia. Das 97 mulheres desta faixa etária acompanhadas 85(88%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso. Temos que 97(100%) das mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Nossas usuárias somente tem acesso a estes serviços quando durante o exame físico é detectado algum tipo de alteração e se faz o encaminhamento para à capital para a realização do mesmo. A data de marcação da consulta é geralmente demorada; e então aparece outro fator negativo; quem tem uma situação econômica favorável pode acudir a redes de atendimento privado e pagar para se realizar uma mamografia, um ultrassom, ou mesmo até uma biopsia se for preciso com custos cada vez mais elevados. Baixo nível de ensino e condições. As outras passam a integrar parte de uma fila enorme de espera que vá desde meses até anos para chegar o que não é para nada favorável nos cuidados a saúde da mulher e na eficiência do programa.

É necessário estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população em tempo certo. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas.

A lógica de organização da atenção básica propicia encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais

relacionada com a situação de discriminação na sociedade que a situação com fatores biológicos. É importante considerar as especificidades na população feminina – negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão e de rua, as lésbicas e aquelas que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade – e relacioná-las à situação ginecológica, em especial aos cânceres do colo do útero e da mama.

São realizadas atividades educativas com o grupo de mulheres em idade fértil com objetivo de elevar o nível de consciência respeito ao exame periódico de mama e à realização do exame preventivo de câncer de colo de útero. Nestas atividades educativas participa geralmente o enfermeiro, o médico, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde comunitários. Mas o resultado eficiente do programa de controle do câncer de colo de útero e de mama, não depende só do esforço da equipe de saúde, pois dependemos também do apoio do ministério de saúde e do estado na disponibilização de recursos e equipamento assim como de facilitar o deslocamento das usuárias até os outros níveis de atenção do SUS, onde seja possível dar satisfação às necessidades da população.

Atenção aos usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e trabalho fundamental em nosso dia a dia. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{mmHg}$). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da

expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil.

Na análise do Caderno de Ações Programáticas vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 1378 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivessem 434 hipertensos com 20 anos e 124 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Temos, segundo os nossos registros 101(23,2%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS.

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que 65(64%) hipertensos acompanhados na UBS tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, usando o escore Framingham. Temos 28(28%) que estão com os exames complementares periódicos em dia, 36 (36%) hipertensos estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Os 101(100%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Outro indicador de qualidade que chama a atenção é o de que 58(57%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde.

O índice de usuários diabéticos em nosso município é baixo deve estar influenciado com os mesmos fatores que relacionados com o baixo índice de hipertensos, como antes eu já tinha refletido. A falta de um laboratório no município é outro dos fatores pelo que a estimativa de diabéticos do caderno de ações programáticas não corresponde com a realidade. Acredito que existem usuários que ainda não tem sido diagnosticado.

Segundo o CAP temos estimados 124 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanham atualmente 26(20,9%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Se fazemos uma análise dos Indicadores de qualidade podemos ver que 18 (69%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 10 (38%) com exames complementares periódicos em dia e 18(69%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, e 18(38%) com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento ao diabético na UBS, 8(31%) diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

O 100% dos diabéticos é orientado sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos 26 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS apenas 18(69%) estão com a avaliação em saúde bucal em dia.

Na prática em nossa unidade de saúde se brinda atendimento todos os dias da semana e nos dois turnos de trabalho aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. São oferecidos serviços como vacinação, atendimento odontológico nos casos que for necessário, pois só temos dentista no horário da tarde o que diminui a possibilidade de ter a avaliação de saúde bucal em dia. Os usuários têm disponíveis na unidade os medicamentos que precisam para o tratamento e controle da hipertensão e da hiperglicemia, assim como para tratar fatores de risco como a hiperlipidêmica.

A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é realizada, mas não temos acesso aos dados de controle lipídico dos usuários, pela falta de laboratório e o difícil deslocamento dos usuários até unidades com recursos para a realização destes exames. O que interfere com a qualidade da atenção brindada pela equipe de saúde da família em nosso município.

O atendimento odontológico também é feito na medida das possibilidades e dos recursos existentes. Durante as consultas os usuários são prevenidos sobre complicações como o pé diabético, a cardiopatia isquêmica, a insuficiência renal crônica e outras que puderem aparecer ante o não cumprimento do tratamento e da dieta.

Embora sejam poucos usuários, não estão atualizados aos 100 % as consultas; pelo que optamos por uma estratégia de recuperação; Assim que o usuário que chegue para receber os medicamentos controlados na unidade o funcionário de saúde que estiver esse dia ao frente da distribuição dos medicamentos deve lhe encaminhar para a consulta médica pra assim recuperar os controles.

A qualidade deste atendimento não depende somente do trabalho do médico; e dos outros profissionais da atenção primária de saúde que devem interagir direta ou indiretamente com o usuário na comunidade; se precisa além de nosso esforço e dedicação de exames de laboratório, de um eletrocardiograma se precisa de que este usuário seja avaliado na atenção secundária por especialista em angiologia, cardiologia, nutrição e endocrinologia pelo menos uma vez ao ano. A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.

São realizadas atividades de grupo nas sexta feira com os hipertensos e diabéticos onde são promovidos a prática de exercício físico e hábitos alimentares saudáveis; assim como da importância de evitar o consumo de álcool e de cigarro além de explicar da importância da adesão ao tratamento destas doenças crônicas não transmissíveis. A cobertura da atenção às pessoas com HAS e DM é baixa, temos muitos indicadores da cobertura e da qualidade da atenção que tem que ser melhorados, para assim brindar um melhor serviço à população.

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. O correto entendimento do conceito da Atenção Primária ou Atenção Básica pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a

longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação. (STARFIELD, 2002).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

A atenção à saúde bucal em nosso município não é realizada de forma adequada, pois só temos disponibilidade do serviço no horário da tarde onde geralmente são avaliados os casos de emergência e alguns dos usuários dos grupos prioritários como as gestantes, os diabéticos e as crianças. Não é oferecido o serviço de prótese odontológica o que é muito necessário para melhorar a qualidade da saúde bucal no município.

A média de procedimentos clínicos realizados por habitantes ao mês é muito baixa justificada pela falta de profissionais no serviço odontológico e a baixa disponibilidade de recursos materiais.

Não foi possível preencher a parte do caderno de ações programáticas relacionada com a saúde bucal porque não existe na unidade um registro específico com essas informações.

A atenção à saúde bucal em nosso município é realmente insuficiente é precisa de ser melhorada. Acredito que com gestão da secretaria de saúde do município e da prefeitura municipal no contrato de trabalho de profissionais do serviço odontológico para brindar assistência diariamente e nos dois turnos de trabalho a qualidade da atenção à saúde bucal ia melhorar muito. Além disso, se precisa de que o número de usuários atendidos durante os turnos de trabalho seja um pouquinho maior. Por exemplo, 10 usuários em cada turno; a somatória destes seria de 20 por dia e 100 por semana. Atualmente são avaliados aproximadamente 30 usuários por semana. Quando fazemos um análise numérico assim vemos o importante que é tomar medidas urgentemente para melhorar a situação existente no município com relação à atenção a saúde bucal.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis; estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 158 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, e já temos 91(57,5%) idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Nenhum desses usuários tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Isto precisa ser conversado visto que é importante sim o uso da caderneta do Idoso, pois a mesma é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do usuário na mesma, permite a longitudinalidade do cuidado.

Temos os 91 (100%) dos idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS com avaliações multidimensional rápida e de risco de morbimortalidade, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice realizados durante as consultas clínicas. Os profissionais de saúde da UBS avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico e explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Temos os 91 (100%) dos idosos com acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados temos que 38(42%) são hipertensos e 9 (9,9%) são diabéticos.

Temos que 34(37%) dos idosos suas avaliações de saúde bucal em dia. Vemos que alguns compareceram ao consultório odontológico para algum tipo de avaliação, isso talvez se explique pelo alto índice de usuários edêntulos nessa faixa etária associado à crença que usuário edêntulo não necessita de atendimento odontológico.

Com o objetivo de elevar a esperança de vida de nossa população na UBS se leva um programa de atenção ao idoso adequadamente. São realizados atendimentos durante os cinco dias de trabalho e nos dois turnos de atendimento. Em nossa UBS não existe uma alta demanda de atendimentos por situações de saúde agudas em pessoas idosas, mas quando chegam são atendidos prioritariamente. Atualização de esquemas de imunização é feito, assim como atendimentos no domicílio quando isto for necessário. O atendimento à saúde bucal se encontra deficiente porque não temos um especialista a tempo completo na unidade só num turno de trabalho e com agendamento da consulta. Estão identificados em nossa área os usuários idosos que requerem de uma atenção especial porque a sua idade e situação de saúde merecem um pouco mais de atenção. Estes usuários são acompanhados pelos agentes de saúde comunitários e pelos assistentes sociais e pelo menos uma vez ao mês recebem uma visita do médico. Os agentes de saúde e as duas assistentes sociais tem orientado que uma vez identificado algum problema de saúde seja física ou mental na população idosa deve ser informado ao médico e enfermeiro da unidade e fazer a programação da visita ao lar. Se for preciso um atendimento de urgência no domicílio sempre é feito na hora.

Pelo menos uma vez ao mês é realizado um encontro com as pessoas idosas da área, umas vezes é feito no ginásio do município e outras na academia da saúde. Esse dia se brinda um auxílio de deslocamento até o lugar onde vai ser realizado o encontro para assim possibilitar um maior índice de participação. E brindar um pouco mais de atenção a este grupo de pessoas que muitas vezes fica esquecida num quarto até pela própria família. O que pode levar a transtornos depressivos que podem ser uma situação de perigo na vida de um idoso.

Para melhorar o atendimento dos idosos precisamos aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos. O que mais importa é continuar trabalhando com muito amor mais do qual é oferecido e compreensão, para as pessoas da terceira idade.

Para finalizar o relatório da análise situacional e fazendo referência aos maiores desafios que temos em nossa UBS, é preciso ressaltar a importância da existência de um laboratório de análise clínica no município, assim como de elevar a qualidade da atenção à saúde bucal para o que se precisa de profissionais de atenção odontológica.

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

Quando fazemos a comparação entre a situação de ESF/APS da unidade e o Análise Situacional é apreciável a existência de pontos de convergência entre eles, fundamentalmente aqueles referentes à estrutura da unidade, composição da equipe, serviços prestado à comunidade e as atribuições individuais dos profissionais que trabalham na mesma; todos eles segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde. A diferença consiste em que o texto inicial trouxe uma ideia geral da nossa unidade, enquanto a análise Situacional fornece uma visão muito mais ampla, detalhando aspectos populacionais, descrevendo o comportamento dos atendimentos de grupos específicos como crianças, gestantes, puérperas, idosos, hipertensos, diabéticos, etc.; referenciando os serviços oferecidos na unidade e em consideração aos dados do Caderno de Ações Programáticas se faz uma reflexão sobre o processo de trabalho até esse momento através da avaliação de indicadores da cobertura e da qualidade, determinando que aspectos pudessem ser melhorados em benefício da saúde da comunidade e que ações poderem ser desenvolvidas com

a finalidade de lograr mudanças nos hábitos e costumes da população ganhando em qualidade de vida por médio de um atendimento de excelência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nosso projeto de intervenção é de muita importância, pois através dele pretendemos cadastrar o 100% das pessoas idosas residentes em nossa área de abrangência assim como aumentar a qualidade da atenção que este grupo recebe. Fizemos a escolha dessa ação programática devido a que na UBS a cobertura e os indicadores da qualidade da atenção ao idoso porque em nossa unidade a qualidade da atenção nesse serviço não se encontra ao 100%, temos muitos indicadores da qualidade da atenção que tem que ser melhorados, para assim brindar um melhor serviço à população. A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis; estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde

contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. (2)

Nosso centro de saúde consta de uma sala de recepção e espera, onde se recebe o usuário e se faz a triagem inicial, colocando no prontuário os principais dados coletados pelo pessoal que trabalha na recepção. É aí onde se realiza a classificação do usuário e são atendidos primeiramente aqueles com alguma situação de emergência. Os outros usuários esperam ser atendidos na sala de espera onde têm cadeiras confortáveis, água potável e banheiros por se algum deles precisar durante o tempo de espera. Temos só um consultório médico e dois especialistas prestando assistência no mesmo horário de trabalho o que resulta um pouco incomodo para nós. Pois uma das médicas sempre tem que estar em busca de um local disponível para consultar. O consultório médico tem banheiro em seu interior não sendo assim no consultório odontológico. Não contamos com um consultório ginecológico o que dificulta o trabalho nessa área. Contamos com um laboratório que só faz coleta de material para diagnóstico de Leishmaniose, tuberculose, HIV e sífilis. Também contamos com uma sala de procedimentos de enfermagem, 1 sala de reuniões, cozinha, farmácia para entrega dos medicamentos, sala de esterilização e almoxarifado. O centro de saúde Paulo Alcione Marques (UBS), é modelo tradicional e só consta com uma equipe de saúde da família, integrada pelo enfermeiro, os técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, 2 auxiliares de saúde bucal, sete agentes de saúde comunitários e o médico de família. Além disso, temos um bioquímico, 2 assistentes sociais, um auxiliar administrativo, uma recepcionista, uma auxiliar de almoxarifado, uma auxiliar de farmácia, 4 vigias e 2 auxiliares de serviços gerais que também participam das atividades na UBS. A unidade tem uma população de 2468 habitantes na área adstrita, deste total temos cadastrados 91(58%) usuários com 60 anos ou mais o que não se corresponde com a estimativa do caderno de ações programáticas nem

com os dados da planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso de especialização em saúde da Família.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. Referente aos indicadores de qualidade dá para perceber que 0 % do idosos tem caderneta disponível a caderneta de saúde da pessoa idosa, o 100% dos usuários idosos tem realizada a avaliação multidimensional rápida, o 96% dos idosos tem orientação de realizar atividade física regular os restantes estão impossibilitados de realizar atividades físicas regularmente porque são idosos com algum tipo de deficiência física o que lhes impede este tipo de atividade. Respeito à avaliação de saúde bucal a situação é muito deficiente já que só o 37% dos usuários tem esta avaliação. O que se encontra justificado pela falta de especialista desta especialização que seja suficiente para realizar os atendimentos de atenção à saúde bucal deste grupo na periodicidade que deveria ser feita. Existem na unidade um total de 38 idosos com hipertensão arterial sistêmica o que representa o 42% do total. A população de diabéticos neste grupo está representada por um total de 9 usuários o que equivale ao 8.19%

Esta intervenção é de muita importância já que através dela podemos elevar os níveis de cobertura e de qualidade da atenção ao idoso no município. A equipe de saúde toda se encontra trabalhando no projeto de intervenção e cada um de nós tem sua ação identificada e sabe que de seu trabalho depende o resultado da intervenção. As principais dificuldades são a falta de internet, de recursos materiais, de laboratório clínico e de um serviço de odontologia suficiente para dar atenção a toda nossa população alvo. Mas mesmo com todas estas dificuldades vamos levar a frente nosso projeto de intervenção e temos a certeza que após a finalização deste projeto muitos dos fatores que hoje afetam a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa em nosso município vão ser melhorados e com isto a qualidade da atenção que recebem os adultos com 60 anos ou mais residentes no município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Ampliar a qualidade da atenção a saúde das pessoas idosas cadastradas e acompanhadas na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1- Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.
- 3- Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso
- 4- Melhorar o registro das informações.
- 5- Mapear o risco das pessoas idosas.
- 6- Promover a saúde das pessoas idosas

Metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta

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

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

Meta

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

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

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

2.4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

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

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

2.8. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta

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

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Meta

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

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 (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosa.

Objetivo 6 Promover a saúde das pessoas idosas.

Meta

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

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

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

6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na área de abrangência da UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus do estado Acre. Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses (12 semanas), com a participação ativa da equipe de saúde em sua totalidade. O objetivo geral de nossa intervenção é aumentar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com 60 anos ou mais residentes na área da UBS e acompanhadas na unidade. O total de população residente na área é de 2468 pessoas. A população alvo desta intervenção serão os adultos com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS. O trabalho está encaminhado a cumprir com os objetivos e metas estabelecidos com ações desenvolvidas nos eixos programáticos:

- Organização e gestão do serviço
- Engajamento Público
- Qualificação da Prática Clínica
- Monitoramento e Avaliação dos Serviços

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1 Ampliar a cobertura do programa atenção à saúde da pessoa idosa.

Metas:

1.1-Cadastrar o 100% das pessoas com 60 anos ou mais residentes na área.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1.Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Monitorar a cobertura de todos os usuários com 60 anos ou mais que assistem à UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento de

todos os idosos. Com o apoio dos ACS realizaremos um levantamento de todos os idosos que ainda não estejam cadastrados na UBS. Também para realizar esse levantamento pretendemos revisar o prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Acolher as pessoas idosas.

Detalhamento: organizar o serviço e o trabalho da equipe de saúde para realizar um adequado acolhimento das pessoas idosas e facilitar o acesso ao serviço.

2. Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS.

3. Atualizar as informações do SIAB/e-SUS

Detalhamento: Organizar o trabalho dos agentes comunitários de saúde para fazer um adequado cadastramento de todos os idosos de nossa área de abrangência. E o gestor de saúde deve disponibilizar os recursos necessários para realizar um cadastramento adequado como são balança, fita métrica, estetoscópio e esfigmomanômetro para fazer verificações de pressão arterial durante o cadastro.

O médico e o enfermeiro da unidade deverão atualizar as informações do SIAB/e-SUS cada vez que isto for preciso e assim avance o projeto de intervenção.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

1. Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.

2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Detalhamento: A equipe de saúde será responsável de informar a comunidade sobre a importância de que as pessoas idosas levem um acompanhamento periódico na unidade de saúde de saúde assim como da existência do programa saúde do idoso. Para isso cada membro da equipe deve aproveitar os diferentes espaços de contato com os usuários assim como os meios de comunicação existentes no município para estimular o acesso dos usuários até nossa unidade.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar à equipe no acolhimento às pessoas idosas.

2. Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

3. Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Para realizar o processo de capacitação da equipe e dos agentes comunitários de saúde o médico e o enfermeiro têm planejado diversos encontros na sala de reuniões da unidade no horário da tarde. O processo de capacitação está baseado nos dados do caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do 2007 existente na unidade.

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

Metas:

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)

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Detalhamento: Para monitorar a realização da avaliação multifuncional rápido a equipe de saúde vai realizar uma revisão de todos os prontuários clínicos dos usuários idosos para assim poder ter contabilizados os dados correspondentes com a avaliação multidimensionais rápidos recolhidos no prontuário.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1.Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos as pessoas idosas (balança, antopômetros, Tabela de Snellen).

Detalhamento: o gestor de saúde deverá se responsabilizar pela disponibilização dos recursos materiais necessários para a realização da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos durante o projeto de intervenção.

2.Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas.

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da equipe durante um dos encontros realizados com a equipe de saúde deixarão definida cada uma das

atribuições dos profissionais para a realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

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

Detalhamento: a equipe de saúde da família deverá aproveitar os diferentes espaços de contato com os usuários para lhe orientar sobre a importância da realização da avaliação multidimensional rápida e da importância do tratamento oportuno das imitações e de doenças agudas assim como de manter compensadas as doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus para ter um processo de envelhecimento saudável.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: contamos com o apoio da secretaria de saúde para elevar a qualificação da equipe de saúde no atendimento das pessoas idosas de acordo com os protocolos de atendimento adotado pela UBS, assim como para treinar a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida e o encaminhamento adequado daqueles usuários que precisarem de uma avaliação mais complexa.

Meta:

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

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Detalhamento: será monitorada de forma periódica a realização do exame clínico periódico de todas as pessoas com 60 anos ou mais cadastradas no

programa, para isto será necessário realizar uma revisão periódica do arquivo de prontuários da unidade através do qual será possível obter os dados correspondentes com o exame clínico.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento: o trabalho deve ser organizado e cada membro da equipe deve ter definido sua atribuição para a realização do exame clínico das pessoas idosas, para isto estão definidos horários e data dos encontros com a equipe para assim deixar estabelecidas as atribuições e cada profissional assegurando com isto a qualidade no resultado final do projeto de intervenção. A busca das pessoas idosas que não realizaram um exame clínico apropriado está garantida e para isto contamos com o trabalho sistemático dos agentes de saúde comunitários. Para identificar estes usuários com exame clínico incompleto será realizado um trabalho continuado de busca de dados nos prontuários clínicos. O médico tem organizada a agenda de trabalho através do trabalho conjunto com os agentes de saúde comunitários onde se programou um pelo menos 3 consultas diárias para os idosos provenientes das buscas domiciliares ou seja aqueles que não chegam até a unidade por demanda espontânea. Se algum dos usuários avaliados na consulta médica tiver alterações neurológicas ou circulatórias será realizada a referência ou contra referência destas unidades de atendimento especializadas neste tipo de situação.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

1. Orientar a comunidade quanto às doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: para orientar a comunidade quanto às doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas como são as quedas, a depressão, osteoporose e a incontinência urinária; os membros da equipe realizarão encontros com o grupo de idosos de nossa área de abrangência estes encontros são realizados a cada 15 dias nas sexta feira. Além destes encontros com o grupo de idosos durante cada consulta médica os usuários e familiares recebem orientação sobre estas doenças e as consequências que estas puderem trazer para a saúde do idoso.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento: para realizar a capacitação da equipe de saúde na realização de exame clínico apropriado e o registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas; temos definidos encontros de equipe nos quais o médico e o enfermeiro demonstrarão o procedimento a ser realizado sempre tendo com o base o caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa assim como as experiências na prática clínica dos profissionais. As informações devem ser arquivadas no prontuário clínico dos usuários.

Metas:

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

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento: para monitorar a realização de exame clínico apropriado de todos os diabéticos que assistem à consulta a equipe semanalmente fará uma revisão da ficha espelho e do prontuário clínico de todos os usuários idosos que tenham sido avaliados nesse período.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticos.

2. Garantir busca a pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

3. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento: o trabalho da equipe ficará organizado para que cada membro conheça sua atribuição no exame clínico das pessoas idosas e/ou diabéticas que forem consultadas ou avaliadas durante o projeto de intervenção. A busca das pessoas idosas que não realizaram um exame clínico apropriado está garantida e para isto contamos com o trabalho sistemático dos agentes de saúde comunitários. Para identificar estes usuários com exame clínico incompleto será realizado um trabalho continuado de busca de dados nos prontuários clínicos. O médico tem organizada a agenda de trabalho através do trabalho conjunto com os agentes de saúde comunitários onde ficou definido o horário e data para as consultas dos idosos diabéticos provenientes das buscas domiciliares, ou seja, aqueles que não chegam até a unidade por demanda espontânea. Se algum dos usuários avaliados na consulta médica tiver alterações neurológicas ou circulatórias nas extremidades será realizada a referência ou contra referência dos usuários até unidades especializadas neste tipo de atendimento.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento: a equipe de saúde deve orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, os pulsos e a sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente para isso se aproveitarão os diferentes locais de interação com os usuários já seja na consulta, no domicílio ou nos encontros de grupo realizados com os idosos.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**Ações:**

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

Detalhamento: para realizar a capacitação da equipe de saúde na realização de exame clínico apropriado e o registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas; temos definidos encontros de equipe nos quais o médico e o enfermeiro demonstrarão o procedimento a ser realizado sempre baseado nos dados do Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. As informações devem ser arquivadas no prontuário clínico dos usuários.

Metas:

2.4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

1. Monitorar o número de pessoas idosas hipertensas e diabéticas com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

2. Monitorar o número de pessoas idosas hipertensas e diabéticas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: para monitorar o número de pessoas idosas hipertensas ou diabéticas com exames laboratoriais de acordo com o protocolo adotado na unidade a equipe fará uma revisão semanal das fichas espelhos e dos prontuários clínicos dos usuários idosos com HAS ou Diabetes Mellitus que forem acompanhados durante esse período na unidade de saúde.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: a equipe de saúde garante o processo de solicitação de exames complementares para os usuários idosos com hipertensão ou diabetes que são acompanhados na unidade já seja em consulta ou na visita domiciliar. Mas a dificuldade está na agilidade para a realização dos exames complementares que neste caso não depende nem do gestor de saúde porque no município não temos laboratório. Mas desde início deste mês o quartel militar do município está nos apoiando na realização de 5 exames de laboratório por dia de preferência gravidas e quando o número de grávidas não chega a 5 então completamos com os usuários idosos do programa que são acompanhados na unidade ou com outro usuário de outro dos programas de saúde estabelecidos pelo ministério da saúde. Nas fichas espelho e nos prontuários clínicos são sinalizados em vermelho a não realização dos exames complementares preconizados.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

1. Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
2. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: orientar a comunidade quanto à realização de exames complementares periódicos e responsabilidade da equipe de saúde e para isto serão muito uteis os encontros com grupos de idosos assim como as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nos diferentes espaços de interação com os idosos seja na UBS ou no domicílio.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

Detalhamento: para capacitar a equipe no protocolo de solicitação de exames complementares adotado pela unidade está estabelecida um cronograma de reuniões onde o médico e o enfermeiro da unidade utilizando as fichas espelho e fichas de solicitação de complementares treinarão a equipe para realizar esta atividade sem dificuldade e no tempo certo.

Meta:

2.5-Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia da unidade

Detalhamento: o gestor de saúde em conjunto com a administração da UBS deverão monitorar mensalmente o acesso dos usuários portadores de HAS ou Diabetes Mellitus aos medicamentos para isso será utilizado o registro de controle de saída de medicamentos assim como que deverá ser feita uma checagem dos medicamentos disponíveis na unidade e no almoxarifado para evitar a falta de medicamentos para o controle destas doenças.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: o auxiliar de almoxarifado e o auxiliar de farmácia devem realizar o controle do estoque de medicamentos assim como o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade para isto será utilizado o livro de controle de saída de medicamentos e o livro de registro dos idosos diabéticos ou hipertensos.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

1. Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: orientar a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos na farmácia da unidade e possíveis alternativas para obter este acesso é responsabilidade da equipe de saúde e para isto serão muito úteis os encontros com grupos de idosos assim como as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nos diferentes espaços de interação com os idosos seja na UBS ou no domicílio.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na Farmácia da UBS.

Detalhamento: A secretaria de saúde do município deverá atualizar os profissionais no tratamento da HAS e/ou Diabetes mellitus, para isto deve disponibilizar bibliografias atualizadas sobre estas doenças. Para realizar a capacitação da equipe de saúde para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia da unidade temos definidos encontros de equipe nos quais o médico e o enfermeiro da unidade em conjunto com um representante da secretaria de saúde do município esclarecerão dúvidas e mostrarão as possíveis vias de acesso aos medicamentos controlados para o uso destes usuários.

Meta:

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

Detalhamento: para cadastrar o 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção será desenvolvido um programa de visitas domiciliares aos 100% dos domicílios da nossa área de abrangência estas visitas serão realizadas pelos ACS trabalho conjunto com o médico e o enfermeiro da unidade.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

1. Monitorar o número de pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: para monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade a equipe fará uma revisão dos prontuários clínicos existente na unidade, dos registros e das fichas espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: os registros das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção será feito nos prontuários médicos, e no livro de registro da unidade.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

Detalhamento: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa idosa responsabilidade da equipe de saúde e para isto serão muito uteis os encontros com grupos de idosos assim como as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nos diferentes espaços de interação com os idosos seja na UBS ou no domicílio.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade através de reuniões de equipe tem a responsabilidade de capacitar os ACS para realizar o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção que moram em nossa área.

Meta:

2.7- Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: a visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção será realizado pelo médico, o enfermeiro da unidade e os agentes comunitários de saúde, numa frequência de 2 vezes por semana.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

1. Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: para monitorar a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção serão realizadas reuniões de mensal com a participação do médico o enfermeiro e os ACS.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade de saúde tem organizado um programa de visitas domiciliares as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Que deve ser realizado 2 vezes por semana no horário da manhã em conjunto com os agentes de saúde de cada microárea.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: para orientar a comunidade sobre os casos que devem solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção a equipe aproveitará as atividades de grupo assim como os diferentes espaços de encontro com os usuários seja na unidade de saúde como no domicílio.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

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

Detalhamento: para orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção assim como no reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar o médico e o enfermeiro da UBS realizarão atividades em grupo onde os ACS receberão as informações necessária para realizarem estas atividades.

Meta:

2.8- Rastrear 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

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

Detalhamento: a equipe de saúde será responsável de monitorar o número de pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS periodicamente através da revisão dos prontuários clínicos dos usuários acompanhados na unidade de saúde.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: a equipe de saúde é responsável de melhorar o acolhimento para as pessoas idosas nos diferentes espaços de encontro com os usuários. O gestor de saúde deverá garantir o material necessário para as verificações de pressão arterial na unidade de saúde.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

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

Detalhamento: A equipe de saúde deve orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS. Isto será feito através de atividades de grupo com os idosos que são realizados na unidade.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro vão capacitar a equipe de saúde durante as reuniões de equipe para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito. Para isto faremos demonstrações práticas.

Meta:

2.9-Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico da pessoa idosa o médico e o enfermeiro farão uma revisão dos registros de idosos e dos prontuários médicos e odontológicos a cada 15 dias.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.
2. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde.
3. Oferecer atendimento prioritário aas pessoas idosas na unidade de saúde.
4. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: a equipe de saúde deve organizar o acolhimento das pessoas idosas na unidade de saúde e fazer o cadastro. O dentista da unidade deve organizar a agenda de trabalho para os atendimentos prioritários das pessoas idosas, mas como só temos dentista num turno de trabalho deve ser feita uma reunião com o dentista para regularizar o acesso ao serviço das pessoas idosas.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento: para informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde das pessoas idosas a equipe de saúde utilizará os espaços de atividades de grupo e os meios de comunicação do município.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

Detalhamento: o dentista da unidade através durante um encontro a equipe capacitará a os membros desta para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Meta:

2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

1. Monitorar número de pessoas idosas cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: o médico e o enfermeiro farão a cada 15 o monitoramento do número de pessoas idosas cadastradas na unidade em acompanhamento no período correspondente e com o apoio do odontólogo da unidade.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: a equipe de saúde diariamente acolherá no serviço todas as pessoas idosas que chegarem à busca de atendimento odontológico. Para monitorar a utilização dos serviços odontológicos pelas pessoas idosas de nossa área de abrangência a cada 15 dias serão revisados o registro de prontuários de odontologia assim como o livro de atendimentos do serviço. O odontólogo que presta serviço na unidade no turno da tarde deverá organizar a agenda de trabalho para brindar atendimento prioritário às pessoas idosas de nossa área.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

1. 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.

2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: a equipe de saúde deve informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas na unidade e da importância deste atendimento para a saúde em geral. É também responsabilidade da equipe esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exame bucal periódico assim como de ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico. Este tipo de atividade será realizado durante os encontros de grupo com as pessoas idosas de nossa área.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

3. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas com necessidade de atendimento odontológico.

4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Detalhamento: a secretaria de saúde do município deve marcar uma data e horário para capacitar a equipe de saúde no acolhimento do idoso de acordo com protocolo, cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico, assim como de capacitar o cirurgião dentista para a realização da primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas. O dentista da unidade deve realizar uma capacitação dos ACS para a captação de pessoas idosas que necessitem de atendimento odontológico, esta capacitação vai ocorrer um dia da semana no horário da tarde depois dos atendimentos.

Objetivo #3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso

Meta

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

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.

Detalhamento: a equipe de saúde para monitorar o cumprimento das consultas médicas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade deve fazer uma revisão do arquivo de prontuários clínicos dos usuários para identificar as pessoas com atraso na consulta agendada.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento: a equipe de saúde deve fazer uma revisão dos prontuários clínicos para identificar os faltosos e organizar um programa de visitas domiciliares para a recuperação de estes atendimentos. O médico deve organizar a agenda de trabalho para acolher as pessoas idosas provenientes das visitas domiciliares para isto está orientado para todos os ACS, que uma vez que tenham visitado estes usuários faltosos devem coordenar com o médico para definir o horário e data do atendimento.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
2. Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: a equipe de saúde durante as atividades de grupo realizadas com os idosos deve informara a comunidade sobre a importância da realização das consultas medicas sistematicamente para a detecção oportuna e tratamento de doenças que puderem afetar a qualidade de sua saúde. Também

deve esclarecer as pessoas idosas da comunidade sobre a importância para a realização das consultas.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro através das reuniões de equipe vão treinar os ACS quanto a orientar as pessoas sobre a importância de se realizarem as consultas médicas e a periodicidade de estas. Também deixará esclarecido com a equipe a frequência das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas

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

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro para monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS realizarão uma revisão dos prontuários médicos e do total de pessoas cadastradas na unidade para ver a correspondência que existe entre o número de prontuários existentes na unidade e o número de idosos cadastrados na área.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Manter as informações do SIAB atualizadas.
2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.
3. Pactuar com a equipe o registro das informações.
4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
5. 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 enfermeiro da unidade é responsável por manter as informações do SAIB atualizadas e para isto deve estar sistematicamente revisando o registro de dados dos prontuários clínicos e das fichas espelho assim como das fichas de cadastro individual. Através das reuniões de equipe que serão realizadas periodicamente na unidade devemos buscar o método para implantar a planilha de registro específico do atendimento das pessoas idosas, assim como definir o responsável pelo monitoramento dos registros. A equipe de saúde durante as reuniões deve organizar o sistema de registro para estabelecer sistema de alerta quanto ao acompanhamento das pessoas idosas em consulta e mês realização de exames complementares e a avaliação multifuncional rápida.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. 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.

Detalhamento: a equipe de saúde através dos encontros de grupo com as pessoas idosas deverá 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.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro irão treinar a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas. Para isso estão programadas reuniões com a equipe antes de a intervenção começar.

2-Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento: A secretaria de saúde deverá solicitar cadernetas de saúde das pessoas idosas para a equipe de saúde poder fazer a distribuição destas durante os diferentes momentos de contato com cada pessoa idosa seja no âmbito da UBS, no domicílio, ou durante as atividades de grupo.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade devem monitorar sistematicamente os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa fazendo revisão destas em cada contato com os usuários seja na UBS ou no domicílio.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro devem se reunir com o gestor de saúde do município para que disponibilize a caderneta de saúde da pessoa idosa para que a equipe possa fazer a distribuição delas durante a intervenção.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

Detalhamento: a equipe de saúde durante os encontros de grupo deve orientar as pessoas idosas da comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade devem capacitar a equipe de saúde no preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa para isto se fará uma reunião de equipe.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta:

1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário)

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

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

Detalhamento: para monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência a equipe de saúde vai fazer uma revisão dos dados recolhidos nos prontuários e nas fichas espelho. Através desta revisão serão detectados alterações nos valores de laboratórios e a presença de situações de risco que puderem pôr em risco a vida das pessoas idosas acompanhadas na unidade de saúde.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

1 Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: para priorizar o atendimento a pessoas idosas com maior risco de morbimortalidade a equipe de saúde em sua totalidade deve conhecer as situações de risco para identificar os fatores que puderem pôr em risco à vida das pessoas idosas. Uma vez que a equipe toda conhece e identificam às situações de risco o médico realiza os atendimentos dos usuários no local que for necessário seja no domicílio ou na unidade de saúde.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

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

Detalhamento: o médico ao concluir o atendimento médico deve orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância de fazer acompanhamento frequente na unidade quando ele apresenta situações de alto risco.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade devem capacitar os profissionais da equipe de saúde para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa para isto será feito uma reunião de equipe

utilizando os dados recolhidos no caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa e bibliografia complementar.

Meta:

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

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

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

Detalhamento: para monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice o médico e o enfermeiro devem fazer uma revisão dos dados recolhidos nos prontuários clínicos e nas fichas espelho de atenção à saúde da pessoa idosa.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

1. Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: o atendimento priorizado de pessoas idosas fragilizadas será realizado pelo médico no turno de trabalho correspondente. Mas para isto ser possível o equipe de saúde deve conhecer os indicadores de fragilidade para identificar corretamente estes usuários e assim o médico pode realizar os atendimentos no local que for preciso.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

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

Detalhamento: para orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente a equipe de saúde fará atividades de grupo com os idosos e a família. Assim como também deve aproveitar os diferentes espaços de interação com os usuários como são a UBS ou domicílio.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

1. Capacitar a equipe para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: o médico e o enfermeiro da unidade através de uma reunião irão capacitar a equipe de saúde para identificar e registrar corretamente os indicadores de fragilização na velhice.

Meta

3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na UBS.

2. Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: para monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhadas na unidade a equipe de saúde vai se reunir em conjunto com os assistentes sociais do município e revisará os dados recolhidos nas fichas espelho.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

1. Realizar visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: o médico da unidade e o enfermeiro em conjunto com o assistente social e o agente de saúde da microárea correspondente estabelecerão um programa de visitas domiciliares 2 vezes por semana.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

1. Orientar as pessoas idosas sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: para orientar as pessoas idosas sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde a equipe de saúde utilizará o momento das atividades de grupo assim como os diferentes espaços de interação com os usuários.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Detalhamento: o médico e o enfermeiro durante uma reunião capacitará a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas**Metas:**

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

Detalhamento: durante os diferentes momentos de intercâmbio com as pessoas idosas a equipe de saúde deve orientar as pessoas idosas sobre hábitos alimentares saudáveis para assegurar uma maior aprendizagem queremos distribuir folhetos com dicas sobre alimentação saudável, mas para isto ser possível precisamos do apoio do gestor de saúde na disponibilização de recursos materiais.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas.

2. Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: para monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas e o número de idosos com obesidade ou desnutrição, médico e o enfermeiro vão fazer uma revisão sistemática dos dados recolhidos no prontuário clínico década usuário e

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ação:**

1. Orientar os membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: o médico da unidade através de uma reunião orientará a equipe quanto hábito alimentar saudável para as pessoas idosas.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

1. Orientar as pessoas idosas, e a família sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: as pessoas idosas e a família receberão orientações sobre hábitos alimentares saudáveis durante as atividades de grupo e durante as consultas médicas ou durante a visita domiciliar.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ação:**

1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável"

2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro da unidade vão capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável além de capacitar a equipe quanto a orientação nutricional específica para os usuários idosos com HAS e/ou Diabetes Mellitus.

Meta:

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

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.

Detalhamento: Em dependência da situação de saúde de cada usuário o médico e o enfermeiro da unidade revisarão os dados recolhidos nos prontuários clínicos e nas fichas espelho assim como dos registros de atividades de grupo que forem realizados.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

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

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

Detalhamento: o papel dos membros da equipe na orientação para prática de atividade física regular ficará definido durante as reuniões realizadas durante o projeto de intervenção.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

1. Orientar as pessoas idosas para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: as pessoas idosas receberão orientações sobre a realização de atividade física regular durante as atividades de grupo e durante a consulta médica ou durante a visita domiciliar e este processo deve ser realizado pela equipe de saúde.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ação:**

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

Detalhamento: o médico e o enfermeiro durante os encontros sistemáticos realizados com os profissionais vão capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a importância da realização de atividade física regular e os tipos de exercícios que podem realizar.

Meta:

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% das pessoas idosas cadastrados.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

1. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: a equipe de saúde para monitorar as atividades educativas individuais deve fazer uma revisão periódica dos prontuários odontológicos e clínicos para verificar o registro destas atividades educativas.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ação:**

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

Detalhamento: o dentista deve aproveitar ao máximo o tempo de consulta para garantir o espaço para as orientações individuais sobre saúde bucal a cada um dos idosos avaliados em consulta.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ação:**

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

Detalhamento: para orientar as pessoas idosas e a família sobre a importância da higiene bucal e de prótese dentarias o dentista da unidade; que é a pessoa com maior nível de conhecimentos sobre este eixo deve participar nas atividades realizadas na unidade com as pessoas idosas.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ação:**

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

Detalhamento: o dentista da unidade e o auxiliar de consultório dentário durante uma reunião de equipe devem capacitar os profissionais para oferecer orientações de higiene bucal e próteses dentárias para assim entre todos contribuir a elevar a qualidade da saúde bucal das pessoas idosas de nossa área

Meta

6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

No eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

1.monitorar a proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal

Detalhamento: para monitorar a proporção de pessoas idosas com avaliação da mucosa bucal a equipe de saúde fará uma revisão dos prontuários odontológicos das pessoas idosas acompanhadas na unidade.

No eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ação:**

1.Organizar ações conjuntas para captar pessoas idosas da área não avaliadas.

Detalhamento: o dentista da unidade deve organizar a agenda de trabalho e sair à comunidade em conjunto com os profissionais que fazem visita domiciliar: (médico, enfermeiro, agentes de saúde), para captar as pessoas idosas da área que não tenham nenhuma avaliação das mucosas orais.

No eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ação:**

1.Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.

2.Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Detalhamento: a equipe de saúde durante as atividades de promoção e prevenção de saúde realizada diariamente em nosso trabalho deve orientar as

peessoas idosas sobre a importância do autoexame de boca, sobre os fatores de risco para a saúde bucal como são tabagismo, alcoolismo, falta de higiene e maus hábitos alimentares. Além de esclarecer com a população sobre a importância do exame das mucosas pelo profissional de saúde durante a consulta.

No eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

1. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência.

Detalhamento: o dentista da unidade durante uma reunião com a equipe vai capacitar os membros desta para identificar alterações da mucosa oral assim como daqueles casos que precisarem ser encaminhados para outros serviços de referência.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 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 a 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 do Idoso.

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

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 do Idoso.

Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas com diabetes incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.3 Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame clínico apropriado

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

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Meta 2.4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.4 Proporção de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.5 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 do Idoso.

Meta 2.6 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.6 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção

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

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

Meta 2.7 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.7 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 cadastrados no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.8 Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

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 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.9 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 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10 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.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

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

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

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscados 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 pessoa idosa 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 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.

Metas 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Indicadores 5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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 em dia

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 pessoas idosas 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% 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 cadastrados.

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.

Meta 6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.4 Proporções de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa com avaliação de alterações de mucosa.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde da pessoa idosa vamos a adotar o caderno da atenção Básica #19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. DF. (2007). Utilizaremos a ficha espelho do idoso disponibilizado pelo curso de especialização em Saúde da Família. Esta ficha recolhe dados como são nome, idade, endereço particular, número de cartão do SUS, doenças associadas, tratamento medicamentoso utilizados em caso de hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, assim como também recolhe dados referentes a saúde bucal e saúde mental entre outros dados. Estimamos que através do trabalho conjunto da equipe de saúde podamos alcançar um total de 158 pessoas idosas o que se corresponderia com a estimativa do Caderno de ações programáticas. Para isto será preciso o apoio do gestor municipal de saúde na disponibilização da totalidade das fichas necessárias para o processo de intervenção assim como para dispor de recursos materiais como: fita métrica, balança, e

esfigmomômetro. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, na medida em que os idosos venham até a unidade para o atendimento clínico será preenchida a ficha espelho em uso da intervenção, a qual será completada pelo enfermeiro com os dados recolhidos no prontuário do usuário.

A partir da definição do foco de intervenção começamos reuniões a cada 21 dias pra conversar sobre o manual técnico de envelhecimento e saúde da pessoa idosa que será utilizado durante o projeto de intervenção. Estas reuniões são realizadas durante 2 horas nessa frequência de a cada 21 dias porque durante uns 15 dias de cada mês eu me encontro trabalhando na zona rural do município. Temos como objetivo durante estes encontros capacitarem a equipe de saúde para levar com eficiência o projeto de intervenção. Para o que são necessárias capacitações sobre acolhimento da pessoa idosa, busca de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, capacitação sobre a realização do exame clinica apropriada assim como dede exames complementares de acordo com o protocolo da unidade. Também é importante capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos realizados em cada uma das consultas, capacitação sobre verificação de pressão arterial assim como capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico e o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa uma vez esta esteja disponível na unidade. Esta atividade de capacitação deve ocorrer ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os idosos com problemas de saúde agudos receberão atenção priorizada no turno de trabalho correspondente. A recuperação dos atrasos na consulta agendada será avaliada pelo médico previa organização da agenda de trabalho com um máximo de 10 consultas semanais onde estão incluídos os casos novos provenientes das pesquisas domiciliares. Todos os usuários que chegarem à consulta sairão com a data da próxima consulta agendada. A equipe de saúde é responsável pelo cumprimento destas ações.

É preciso sensibilizar a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico sobre as facilidades de realiza-lo na UBS e da existência do programa saúde do idoso na unidade. A comunidade deve

conhecer a importância do atendimento odontológico e da realização de exames bucais periódicos. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial depois dos 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus; é responsabilidade da equipe de saúde durante a interação com os usuários nos diferentes espaços; já seja no domicílio, na UBS locais de desenvolvimento das atividades de grupo. A população deve estar informada de quando solicitar visita domiciliar e da disponibilidade de atendimento domiciliar para idosos acamados ou com transtornos de locomoção.

As ações a serem desenvolvidas como parte da intervenção na saúde do idoso leva por perto a participação da comunidade, fato que ressaltará sua importância e implantação futura em pós da saúde da população idosa. O esclarecimento e comprometimento das comunidades com as ações vão trazer resultados positivos, pois, além de ser feito o trabalho da ESF vai complementar-se com a participação comunitária que propiciará: primeiro, uma maior conscientização do assunto; segundo, o apoio nas ações como, por exemplo, a procura ativa de faltosos às consultas, ajuda em aqueles que morem sozinhos para ficar de olhos nas suas condições e possíveis problemas a se apresentar; terceira participação nas ações de promoção, prevenção e reabilitação baseadas nas comunidades e muito importante, a identificação precoce de situações que contribuam ao detrimento da saúde da população idosa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Estas 12 semanas da intervenção tem sido de grande importância e de muito trabalho para a equipe de saúde em conjunto. Foi muito interessante e de vital importância o nosso primeiro encontro onde foi apresentado o projeto e seus objetivos e metas a serem cumpridas, para a equipe e o gestor de saúde. Naquele dia ficou esclarecido o cronograma de ações a serem desenvolvidas durante o período da intervenção e o papel de cada profissional durante estas 12 semanas.

Tem sido de muita importância a participação e o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, e dos assistentes sociais para dar cumprimento às ações previstas no cronograma.

Convocamos os líderes da comunidade, entre os quais estavam o pastor da Igreja Evangélica, líderes formais da comunidade (vereadores, liderança indígena), e líderes informais da comunidade para nos apoiarem durante a intervenção.

A busca ativa dos usuários faltosos à consulta programada é realizada diariamente pelos ACS, e muitas das atividades coletivas de promoção e prevenção de saúde desenvolvida durante este período têm sido com o apoio dos 4 assistentes sociais existentes aqui no município.

O monitoramento da intervenção é realizado ao finalizar cada semana com a participação da equipe de saúde que até o momento se encontra satisfeita com os resultados encontrados, pois depois destas doze semanas a cobertura do programa Atenção à Saúde da Pessoa idosa no município tem alcançado 66,3%, representado por um total de 69 pessoas com sessenta anos ou mais. A equipe de saúde tinha a estimativa de que o número de pessoas idosas cadastradas na unidade (90) ia ser

superior ao concluir a intervenção e foi mesmo assim, pois ficou cadastrado um total de 104 pessoas com sessenta anos ou mais.

Em relação à estimativa de pessoas idosas acamadas ou com transtornos de locomoção gerada pela planilha de coleta de dados: (20) que foi o número com o que a equipe começou trabalhando, tínhamos certeza de que era um número muito superior ao existente no município, e foi mesmo assim, pois ao concluir o nosso trabalho ficou cadastrado um total de 9 idosos com transtorno de locomoção ou acamado atualizando os dados da UBS. O 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção existentes em nossa área de saúde ficou cadastrado e o 100% deles recebeu visita domiciliar segundo era nossa meta alcançar.

Durante o decorrer da semana sete até a nove eu estive fora da intervenção porque me encontrava trabalhando na zona rural do município durante 15 dias. Fiquei muito preocupada durante essas duas semanas porque temia que as ações do cronograma não fossem cumpridas segundo estava estabelecido e que a intervenção parasse. Mas com o apoio da equipe a intervenção continuou sempre com certo grau de dificuldade, como foram às chuvas que desde faz quase um mês afetam nosso município em qualquer horário e motivo pelo qual às vezes temos que mudar a data e o horário para realizar as visitas domiciliares no fato de recuperar consultas de idosos que se encontram ausentes a consulta programada.

Durante o tempo que estive fora da unidade de saúde aconteceu que ficamos sem fita reagente para a realização do rastreamento de Diabetes, mas isto não afetou diretamente a intervenção porque a situação foi resolvida rapidamente com o apoio do gestor de saúde.

A atividade realizada com o grupo de idosos foi muito produtiva porque nestes espaços a equipe interatua com os idosos e com os familiares, em cada encontro falamos sobre estilos de vidas saudáveis, como é a prática de exercício físico sistemática e os bons hábitos alimentares assim como da importância destas práticas, no estado de saúde e na qualidade de vida do idoso.

A família e os usuários durante estes encontros ficaram conhecendo sobre a existência do programa atenção à saúde da pessoa idosa e dos benefícios dele para o atendimento dos idosos na unidade. Também a população alvo está informada sobre quando e como solicitar atendimento domiciliar. Outro dos temas tratados tem sido o cuidado a saúde bucal, e para isto todos os usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, alterações da mucosa oral,

necessidade de prótese dentária e também receberam orientações individuais sobre higiene bucal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Entre as dificuldades encontradas durante a intervenção está o atendimento à saúde bucal deficiente por falta de recursos e de profissionais suficientes no município. Quase a totalidade dos usuários tem necessidade de atendimento odontológico e de próteses dental, mas só um pequeno número tem acesso ao serviço, que está disponível só para urgências e se fica uma vaga então pode ser avaliado um caso dos grupos prioritários. Pelo que nossa meta de alcançar o 100% de idosos com a primeira consulta programática não foi cumprido como estava previsto.

A equipe tinha o propósito de entregar as cadernetas de saúde da pessoa idosa durante a intervenção, mas após concluir o terceiro mês de intervenção ainda não temos as cadernetas disponíveis na unidade o que constitui um fracasso para a equipe de saúde, e nos deixa um pouco desanimados porque queríamos ter entregues todas as cadernetas como era nossa meta. Mas ainda após de concluir estas 12 semanas de intervenção teve outro encontro com o gestor de saúde que esta vez me assegurou que ia dar solução a essa dificuldade, pelo que esperamos dar cumprimento a esse indicador nas próximas semanas dando assim continuidade a nosso trabalho.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A sistematização de dados relativos à intervenção e fechamento das planilhas de coletas de dados ocorreu sem dificuldades. Mas no início do trabalho com o mês 2 da Planilha de coleta de dados tivemos dificuldades para a transferência dos dados do mês um para o dois, mas com a ajuda da minha orientadora naquele momento, (Wâneza Dias Borges), tudo se resolveu e foi possível continuar a coleta de dados sem maiores dificuldades. O fechamento das planilhas de coleta de dados ocorreu sem dificuldades assim como o cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É meu propósito que após a conclusão da intervenção a equipe de saúde continue com o programa de visitas domiciliares pelo menos 2 vezes ao ano para os idosos e mensal para os acamados ou semanal segundo o estado de saúde do usuário.

As atividades de grupo devem continuar, pois além de ser um meio ótimo para a comunicação de atividades de promoção de saúde também constitui um bom estímulo para o intercâmbio entre pessoas do mesmo grupo etário.

Manter os registros de informações atualizados, realizar um exame clínico apropriado para cada um dos usuários e fazer a avaliação multidimensional rápida assim como detecção de fatores de fragilização na velhice pode ser realizado sistematicamente em cada consulta; pelo que todas as ações desenvolvidas durante a intervenção podem ser incorporadas a rotina dos serviços.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi realizada no período de 12 semanas, no período de mês dezembro de 2015 a fevereiro de 2016 e buscou a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus do estado do Acre. A unidade tem uma população de 2468 habitantes na área adstrita, deste total temos cadastrados 91(58%) usuários com 60 anos ou mais o que não corresponde com a estimativa do caderno de ações programáticas (158 idosos), nem com os dados da planilha de coleta de dados (247 idosos), disponibilizados pelo curso de especialização em saúde da Família. Nosso objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas cadastradas e acompanhadas na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus.

Nossos objetivos específicos foram: ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa, melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS, melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idos, melhorar o registro das informações, mapear o risco das pessoas idosas e promover a saúde das pessoas idosas.

Apresentamos a seguir os resultados da intervenção, seguindo a ordem os objetivos e metas propostos.

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Quando iniciamos a intervenção a cobertura do programa saúde da pessoa idosa se encontrava em 57,5% segundo a estimativa do caderno de ações

programáticas. Foi por isso que a equipe definiu este foco de intervenção. O caderno de ações programáticas tinha uma estimativa de 158 idosos e nós tínhamos cadastrados 91 idosos. A equipe utilizou desde o início na elaboração da planilha de coleta de dados o número de idosos que se encontravam cadastrados na área o que teve uma cobertura de um 50% o primeiro mês representado por 52 idosos. Durante o segundo mês foi avaliado um total de 69 idosos onde a cobertura do programa para esta data alcançou um 66,3%. Já para o terceiro mês de intervenção sobre o programa atenção à Saúde da pessoa idosa na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus foram avaliados um total de 104 idosos e a equipe alcançou o 100% da cobertura do programa cumprindo assim com nossa meta.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção foi de muita importância para o município porque ficaram assim atualizados os registros de informações, os cadastros assim como os prontuários clínicos. Também a população alvo, ou seja, todas as pessoas com 60 anos ou mais também foram beneficiadas com esta intervenção, pois ficaram assim conhecendo a existência do programa de Atenção à saúde da Pessoa Idosa e dos benefícios que este oferece para os usuários.

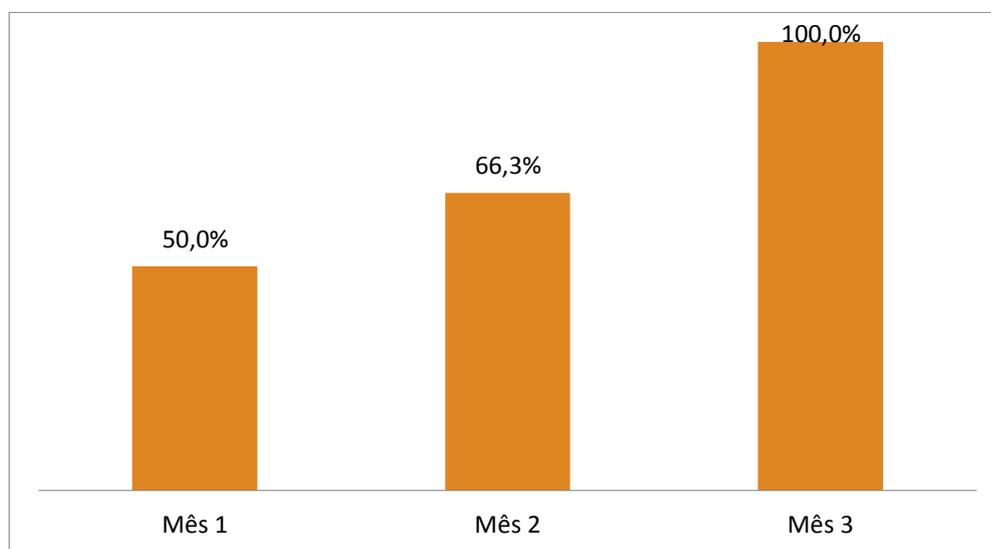


Figura 3: Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Paulo Alcione Marques, Santa Rosa do Purus/AC

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

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

Desde o início este indicador se manteve em 100%, já que todos os idosos registrados na área e avaliados durante a intervenção tinham a avaliação multidimensional realizada. Pelo que nossa meta foi cumprida sem dificuldades.

No primeiro mês foram avaliados 52 usuários e 100% deles tiveram a avaliação multidimensional rápida em dia.

Os 17 usuários avaliados durante o segundo mês também tiveram avaliação multidimensional rápida em dia, foram em total 69 idosos, equivalente a 100%.

Ao finalizar o mês 3 foram mais 35 idosos avaliados, sendo 104 idosos no total e todos contaram com avaliação multidimensional rápida em dia (100%), cumprindo assim com nossa graças ao trabalho conjunto da ESF.

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

Quando analisamos este indicador podemos ver que desde o início da intervenção se manteve em 100%, cumprindo assim sem dificuldade nossa meta estabelecida no projeto de intervenção.

A mostra esteve representada no primeiro mês de intervenção por um total de 52 idosos dos quais a totalidade teve um exame clínico apropriado em dia.

Com a soma de 17 idosos durante o segundo mês chegou a 69 usuários avaliados e deles 100% teve exame clínico apropriado em dia.

Ao finalizar a semana 12 de intervenção foram somados mais 35 usuários os quais tiveram realizado exame clínico apropriado em dia. Foram avaliados em total durante a intervenção 104 usuários e 100% teve o exame clínico apropriado cumprindo assim com nossa meta estabelecida no projeto de intervenção sobre a saúde da pessoa idosa no município. O cumprimento de este indicador foi favorecido pelo trabalho e o esforço do médico e o enfermeiro durante as 12 semanas de intervenção na realização do exame clínico apropriado e com o apoio dos demais membros da equipe de saúde que contribuíram cada um de forma individual e específica neste processo.

Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas com diabetes incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 4 meses para diabéticos.

Durante o primeiro mês de intervenção foram avaliados um total de 4 idosos portadores de diabetes mellitus e o 100% deles ficou com exame apropriado dos pés

em dia. Já para o segundo mês foram avaliados mais 5 usuários com diabetes mellitus deles o 100% contava com exame dos pés em dia. Para o terceiro mês de intervenção foram no total 9 idosos com diabetes e o 100% com exame clínico dos pés apropriado em dia. O cumprimento de este indicador foi possível pelo esforço da ESF e a realização do exame clínico completa em 100% dos usuários com diabetes mellitus avaliados durante este período.

É de grande importância a realização deste exame nos usuários diabéticos para assim detectar em tempo, qualquer alteração da sensibilidade por transtornos circulatórios que puderem levar a perda de um membro inferior ou outras complicações próprias da doença.

Constituiu uma satisfação para todos os membros da equipe obter 100% destas avaliações e que nenhum de nossos usuários tivesse alterações durante o exame clínico.

Meta 2.4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês de intervenção foram avaliados 52 usuários e para 100% destes foram solicitados os exames complementares.

Durante o segundo mês foram avaliados mais 10 usuários e também o 100% deles teve solicitação de exames complementares.

Para o terceiro mês ficou o total de 104 idosos e 100% dos usuários tiveram a solicitação de exames complementares periódicos segundo era nossa meta alcançar durante a intervenção. No cumprimento deste indicador não só o médico e o enfermeiro tiveram uma participação ativa, pois após a capacitação da equipe de saúde todos tiveram a oportunidade de colaborar na solicitação de exames complementares segundo estava previsto no projeto.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

A totalidade de nossos idosos recebe os medicamentos que precisa prioritariamente em nossa farmácia. Pelo que o 100% deles tem assegurado mensalmente os medicamentos para o controle de seus problemas de saúde. Para isto foi muito importante o apoio dos gestores de saúde.

Meta 2.6. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

A estimativa de pessoas idosas com problemas de locomoção ou acamadas gerada na planilha de coleta de dados é de 20, e foi com esse número que começamos a trabalhar no início da intervenção porque não tínhamos um número de idosos certo nos cadastros. Mas a equipe tinha certeza que esses 20 idosos com problemas de locomoção ou acamados gerado na planilha de coleta de dados era muito superior à realidade existente no município.

Durante o primeiro mês de intervenção foram avaliados 2 idosos acamados ou com problemas de locomoção o que representou o 22,2% da proporção de idosos.

Para o segundo mês foram cadastrados mais 1 idoso o que somava 3 até essa data e representava o 33,3%.

No momento em que finalizamos a intervenção foram cadastrados um total de 9 idosos na área. Já que no mês 3 foram cadastrados mais 6 usuários pela ESF.

Este processo de cadastro de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção foi de muita importância para o município e para os usuários. Porque puderem assim se atualizar o número de pessoas idosas acamadas ou com transtornos de locomoção existentes em nossa área e familiares e usuários ficaram conhecendo da existência do programa e das vantagens que este oferece para este grupo populacional como é o caso de quando e como solicitar visita domiciliar caso seja necessário.

Meta 2.7. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Foi estabelecido um programa de visitas domiciliares para cada um dos usuários acamados ou com problemas de locomoção cadastrados durante a intervenção.

Durante o primeiro mês de intervenção os 4 idosos avaliados receberam devidamente visita domiciliar da equipe de saúde da família (100%). E durante o segundo mês os 5 idosos avaliados também tiveram a visita domiciliar como estava previsto pelo que cumprimos com nossa meta de visitar o 100% dos usuários com problemas de locomoção ou acamados.

Para dar cumprimento a este indicador foi de vital importância a busca ativa realizada pelos ACS, assim como os dados oferecidos pelos assistentes sociais do município. A participação da equipe de saúde em conjunto foi a chave para facilitar o cumprimento do 100% das visitas domiciliares realizadas para as pessoas acamadas ou com transtorno de locomoção.

Meta 2.8. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Para dar cumprimento a este indicador a equipe fez rastreamento da HAS em 100% dos idosos avaliados durante o período de intervenção, seja na UBS ou no próprio domicílio.

No primeiro mês de intervenção foram rastreados para HAS os 52 idosos avaliados nesse período (100%)

Durante o segundo mês mais 17 idosos foram avaliados totalizando 69 ao concluir esse mês e o 100% foi rastreado para HAS.

No terceiro mês foram avaliadas mais 35 pessoas com 60 anos ou mais o que resultou num total de 104 pessoas idosas rastreadas para HAS.

Ao finalizar nossa intervenção cumprimos sem dificuldade nossa meta de rastrear 100% de nossos usuários para HAS com o apoio da equipe de saúde em geral já que todos foram capacitados para realizar este procedimento.

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

O atendimento odontológico em nosso município é deficiente devido à falta de profissionais e de recursos para dar satisfação às necessidades de nossa população alvo.

A equipe fez uma avaliação dos 104 idosos que participaram da intervenção e a totalidade deles (100%) tem necessidade de atendimento odontológico. Ao finalizar a intervenção cumprimos nossa meta estabelecida.

Para realizar esta avaliação sem dificuldade a equipe foi previamente capacitada pelo dentista que realiza seu serviço em nossa unidade de saúde.

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

Antes do início da intervenção só 37 % dos idosos tinha a primeira consulta programática em dia. A equipe teve por um momento a expectativa de que

poderíamos alcançar o 100% de pessoas idosas avaliadas na primeira consulta odontológica.

Mas foi impossível cumprir essa meta pela falta de profissionais em nosso município onde só contamos com o dentista no horário da tarde que atende só 4 usuários de emergência e dessas 4 capacidades tínhamos no máximo uma consulta odontológica por dia para um de nossos usuários.

Durante o primeiro mês de entendimento 20 usuários tiveram a primeira consulta odontológica programática, equivalente a 38,5%, durante o segundo mês só mais 6 de nossos usuários puderam ter primeira consulta programática para um total de 26 atendimentos representando, 37,7% e no terceiro mês mais 13 idosos foram atendidos em consulta programática para um total de 39 idosos com a primeira consulta odontológica programática equivalente ao 37,5%, pelo que a equipe de saúde não cumpriu com a meta de alcançar o 100% de pessoas idosas com primeira consulta programática.

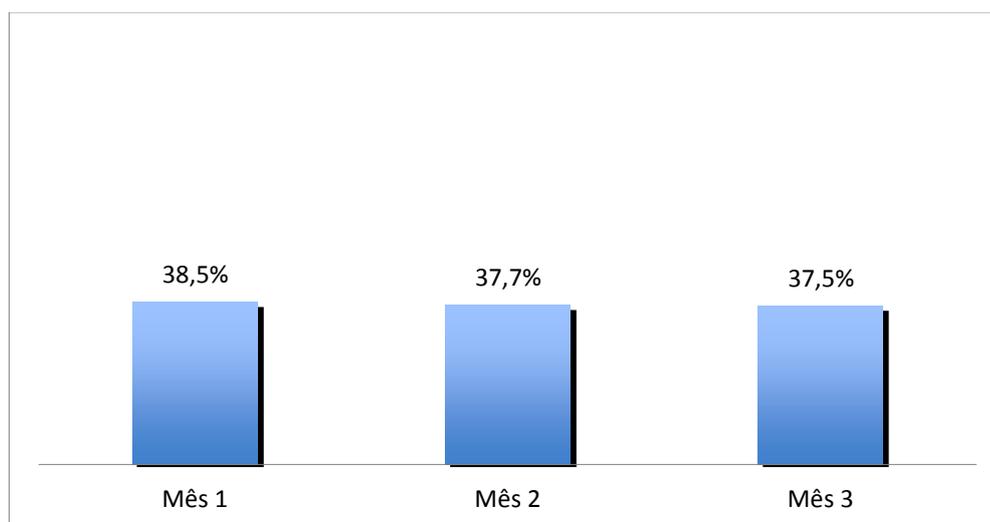


Figura 4: Gráfico de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus/ AC.

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

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

Durante o mês 1 de intervenção 19 idosos estavam faltosos a consulta programada e destes 100% recebeu busca ativa no domicílio.

Para o segundo mês foram mais 11 usuários faltosos a consulta e 100% receberam busca ativa.

Durante o terceiro mês de intervenção mais 19 idosos se encontravam faltosos e o 100% receberam busca ativa. Pelo que a equipe cumpriu com nossa meta e dos 49 usuários faltosos a consulta, 100% receberam busca ativa segundo estava previsto Para o cumprimento deste indicador foi muito importante a busca ativa realizada pelos agentes de saúde baseada nos dados existentes nos prontuários clínicos dos usuários, os quais foram devidamente revisados pelo médico e o enfermeiro da unidade para atualizar os dados necessários para realizar a intervenção.

Referente ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Durante a intervenção ficou atualizado 100% dos prontuários clínicos, fichas espelho de todos os usuários com 60 anos ou mais residentes no município Santa Rosa do Purus durante o ano 2015, cumprindo assim a equipe de saúde da família da UBS Paulo Alcione Marques com a meta estabelecida no projeto de intervenção. Para dar cumprimento a este indicador foi necessária a participação de toda a equipe de saúde, mas a médica e o enfermeiro da unidade tivemos a maior participação na atualização destes registros de informações.

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

Referente a este indicador de qualidade, nenhum dos idosos (0%) tem a caderneta de saúde da pessoa idosa o que se manteve assim durante toda a intervenção, embora a equipe tenha mantido vários encontros com o gestor de saúde do município para lhe fazer saber da importância de serem entregues as cadernetas a 100% dos usuários idosos residentes em nossa área de abrangência. Além de nossos esforços não foi possível cumprir com este indicador, mas esperamos que nos próximos meses possam ser entregues as cadernetas a cada usuário como estava previsto em nossa intervenção.

Referente ao objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Este indicador se manteve dentro do 100% desde o início da intervenção.

No primeiro mês os 52 usuários foram avaliados quanto a risco de morbimortalidade, 100%

No segundo mês de intervenção foram mais 17 usuários avaliados, para obter um total de 69 idosos o que representou o 100%.

E no terceiro mês de intervenção mais 35 usuários avaliados tiveram a avaliação de risco para morbimortalidade em dia, cumprindo assim a ESF com nossa meta. A equipe de saúde em geral teve uma participação ativa no

Cumprimento deste indicador, mas a maior responsabilidade para o rastreamento de risco em 100% das pessoas idosas foi da médica e do enfermeiro da unidade.

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

Este indicador se manteve desde o início da intervenção dentro do 100%.

Nas primeiras 4 semanas de intervenção foram avaliados 52 pessoas com 60 anos ou mais dos quais o 100% deles foi avaliado quanto a fatores de risco de fragilização na velhice.

O 100% dos 17 usuários avaliados durante o segundo mês também tiveram avaliação, o que totalizava 69 usuários ao concluir este mês. Também os 35 usuários avaliados no terceiro mês foram investigados para indicadores de fragilização sendo um total de 104 com investigação de indicadores de fragilização na velhice (100%), o que para o final da intervenção levou ao cumprimento desta meta segundo estava previsto. O trabalho conjunto da médica e do enfermeiro da ESF permitiu o cumprimento deste indicador assim como o apoio dos outros membros da equipe.

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

Este indicador foi cumprido desde o início. E ao finalizar a intervenção os 104 idosos que tiveram participação nesta ficaram com avaliação de rede social em dia, cumprindo assim com o 100% destas avaliações.

Para o cumprimento deste indicador foi muito importante a participação da ESF em conjunto assim como a participação dos assistentes sociais, da família e dos usuários sem o que não tivesse sido possível dar cumprimento a este indicador.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

Os 52 usuários avaliados durante o primeiro mês receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis.

Também assim foram orientados os 17 usuários avaliados no segundo mês e os 35 avaliados no terceiro o que ao final resulta em 104 idosos que receberam orientações para hábitos alimentares saudáveis cumprindo assim com nossa meta de manter o 100% que estava previsto. A equipe de saúde toda participou ativamente para dar cumprimento a este indicador. Para isto foram desenvolvidas atividades de grupo e também foi oferecido este tipo de orientação individualmente em cada espaço de contato com os usuários e a família.

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

No primeiro mês de intervenção 96,2% dos idosos avaliados receberam orientações para prática de exercício físico. O que equivale a 50 dos 52 avaliados. Não se cumpre neste mês com o 100% porque tínhamos 2 usuários impossibilitados de fazer atividades físicas por estarem acamados.

Durante o segundo mês dos 17 usuários que foram atendidos, 16 receberam orientação sobre prática de atividade física. (95,7%)

Durante o último mês de intervenção dos 35 usuários avaliados 30 receberam orientações sobre prática de atividade física. O que resulta em que dos 104 idosos avaliados 96 receberam orientações sobre este eixo (92,3%), justificado pela presença de pessoas acamadas ou com algum problema de locomoção que o impossibilita de fazer atividades físicas. Este percentual diminuiu porque durante o preenchimento do caderno de ações programáticas o número de acamados naquele momento era inferior ao existente realmente no município e que foi atualizado durante a intervenção.

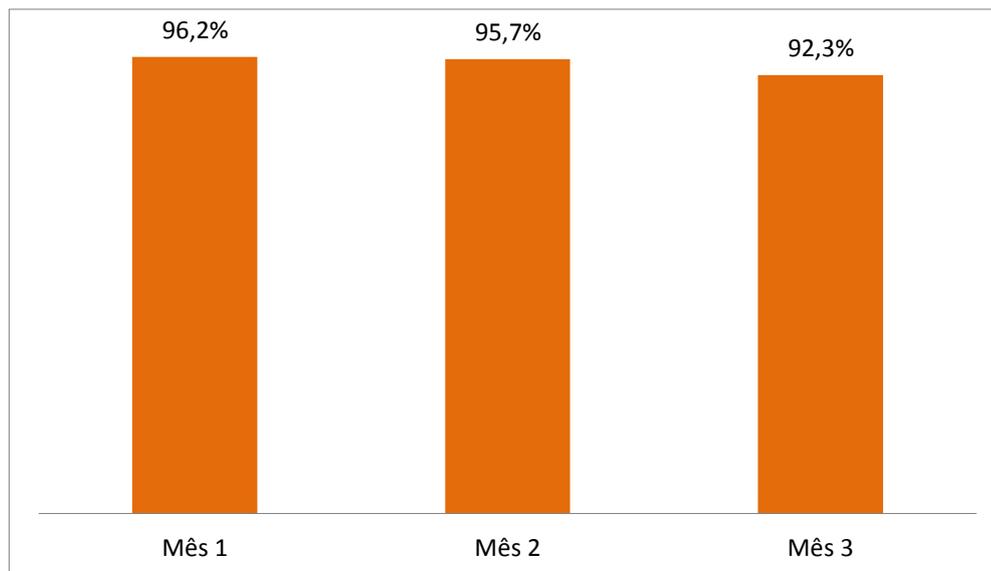


Figura 5 Gráfico de pessoas idosas que receberam orientações sobre prática de atividade física na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus/AC

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

A higiene bucal é de grande importância na manutenção do estado de saúde das pessoas.

E desde o início a equipe manteve o 100% de nossos usuários avaliados em cada mês de trabalho de intervenção. Ou seja, os 52 do primeiro mês, os 17 do segundo e os 35 do terceiro mês. Ao finalizar a intervenção os 104 usuários idosos receberam orientações sobre higiene bucal (100%). O cumprimento deste indicador foi possível graças a capacitação oferecida para a ESF pelo dentista que brinda assistência na UBS.

Meta 6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

A equipe foi capacitada para avaliar as alterações da mucosa oral de nossos usuários. Desde o início da intervenção este indicador se manteve em 100% porque a totalidade de nossos usuários (104) teve este tipo de avaliação

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde foi realizada sobre a Atenção à Saúde da pessoa idosa e propiciou a ampliação da cobertura de este grupo no município Santa Rosa do Purus do estado Acre. Este projeto de intervenção também teve como resultado uma melhoria na qualidade dos registros de informações já que foi possível atualizar os registros existentes. Outro aspecto muito importante desenvolvido durante a intervenção foi às atividades de promoção e prevenção de saúde realizada individualmente ou em coletivo. Entre as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvida durante esta etapa estão as orientações sobre bons hábitos alimentares, prática de atividade física sistemática e os benefícios deste para a saúde, atualização de vacinas, realização de exames complementares na medida do possível entre outras atividades como exame físico completo incluindo exame dos pés nos diabéticos, identificação de indicadores de fragilização na velhice e risco para morbimortalidade assim como rastreamento de 100% dos usuários para hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Para realizar esta intervenção a equipe de saúde foi capacitada para colaborar e ter uma participação ativa na intervenção. Foram utilizados os cadernos de atenção à saúde do idoso e bibliografias atualizadas para seguir as recomendações do Ministério da saúde relativas à saúde da pessoa idosa. Esta atividade permitiu o trabalho integrado da médica com os outros membros da equipe de saúde. Durante a reunião de equipe realizada na primeira semana de intervenção ficaram estabelecidos os diferentes papéis dos profissionais durante as 12 semanas de intervenção. Por exemplo, os ACS deveriam ter uma participação ativa na busca de faltosos e na programação dos atendimentos que deveriam ser realizados durante cada semana. O médico e o dentista deveriam organizar a agenda de trabalho para oferecer atendimento prioritário as pessoas idosas e realizar os exames clínicos completos e atualização dos registros de informações. Caso o médico estiver fora da unidade o enfermeiro deveria continuar estas atividades. Em fim cada profissional tinha seu papel definido e assim todo o trabalho foi desenvolvido sem dificuldades e assumido com responsabilidade por cada membro da equipe de saúde.

Em cada semana de trabalho eram atendidos os usuários provenientes das buscas domiciliares e os que assistiam por demanda espontânea em busca de atendimento por alguma situação de saúde aguda ou para acompanhamento.

A intervenção causou um bom impacto na população e em nosso alvo. Os atendimentos foram realizados prioritariamente sem reclamos dos outros usuários que aceitaram e entenderam a necessidade e a importância do atendimento para este grupo de pessoas com sessenta anos ou mais. Os usuários e familiares se mostraram satisfeitos com a intervenção e ficaram conhecendo da existência do programa e dos benefícios que este lhe oferece.

Conseguimos aumentar a cobertura do programa no município e com isto aumentar a qualidade do serviço e dos registros de informações.

Entre nossas maiores dificuldades durante a intervenção está a atenção a saúde bucal insuficiente (37,5%), justificado pela falta de profissionais neste serviço que só atende 4 pessoas por dia em caso de emergência e que tínhamos disponível uma dessas 4 vagas por dia para realizar o atendimento dos idosos. Ao finalizar as 12 semanas de intervenção só 39 idosos tiveram a primeira consulta programática.

A outra dificuldade foi que a equipe não conseguiu entregar nem uma caderneta de saúde da pessoa idosa porque não tivemos apoio da secretaria de saúde do município. Mas que temos certeza de que nas próximas semanas de trabalho vamos começar a entrega destas cadernetas já que o gestor comprometeu-se a nos fornecer este recurso.

Pretendemos durante as próximas semanas de trabalho manter o programa de visitas domiciliares mensal para os acamados ou com problemas de locomoção, melhorar a qualidade do atendimento odontológico assim como iniciar a entrega das cadernetas de saúde dos idosos e manter atualizado o cadastro de pessoas idosas existentes em nossa área de saúde. As atividades de promoção e prevenção de saúde continuaram se desenvolvendo seja de maneira individual como coletiva.

Os resultados obtidos após a conclusão de cada semana eram discutidos pela equipe de saúde o que favoreceu o desenvolvimento da intervenção.

Agora que estamos no final da intervenção e que temos certeza de que muitas das atividades desenvolvidas durante a intervenção vão ser integradas ao trabalho da unidade de saúde porque puderam se perceber os resultados satisfatórios desta para a unidade, para a equipe e para a comunidade seria muito bom estabelecer um programa similar para as crianças menores de um ano e as

gravidas o que facilitaria um maior número de consultas antes da primeira semana de vida assim como uma melhoria na qualidade do atendimento das crianças e no acompanhamento de estas durante esta etapa de risco. Respeito às grávidas seria ótima para melhorar a cobertura e também a qualidade do serviço aqui no município.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sr. Secretário de Saúde

Visando a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC, a equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa população por um período de 12 semanas consecutivas durante os meses de dezembro 2015 a fevereiro de 2016, trabalho este que apresentamos relatório a seguir;

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma Intervenção para a qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa residentes em nossa área de abrangência.

Existe um total de 2468 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas onde coletamos dados durante a Análise Situacional, segundo a população da área de abrangência da equipe teria uma estimativa de 158 pessoas com 60 anos ou mais residentes em nossa área, mas antes da intervenção tínhamos cadastrado um total de 91 idosos o que representava 58 %. Um de nossos objetivos foi cadastrar 100% das pessoas com 60 anos ou mais residentes na zona urbana do município.

Para realizar a intervenção no programa de atenção à Saúde da pessoa idosa utilizamos o caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2007, existente em nossa unidade. A equipe foi capacitada para o trabalho durante essas 12 semanas de intervenção. Com o apoio dos agentes de saúde comunitários estabelecemos um programa de recuperação de consulta a aqueles usuários que se encontravam faltosos à consulta programada.

Os Objetivos propostos para a intervenção foram: Objetivo geral: Ampliar a qualidade da atenção à saúde das pessoas idosas cadastradas e acompanhadas na UBS Paulo Alcione Marques do município Santa Rosa do Purus. Como Objetivos específicos tivemos: 1- Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa; 2- Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS; 3- Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso; 4- Melhorar o registro das informações; 5- Mapear o risco das pessoas idosas; 6- Promover a saúde das pessoas idosas

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 100% das pessoas com sessenta anos ou mais residentes em nossa área de abrangência. Durante o primeiro mês de intervenção foram cadastradas 52 pessoas idosas e a cobertura alcançou nesse mês 50 %. No segundo mês foram cadastradas mais 17 pessoas chegando a 69 idosos cadastrado o que representava 66,3% da cobertura. Ao finalizar o terceiro mês a equipe cadastrou outras 35 pessoas alcançando assim um total de 104 residentes na área e representando o 100% dos cadastros como era nosso objetivo.

100% dos usuários participantes da intervenção foi rastreado para hipertensão arterial e para diabetes mellitus. E foi realizado um exame clínico completo para 100%, incluindo exame dos pés nos usuários diabéticos; assim como solicitação de exames complementares para 100% dos usuários atendidos, o que contribuiu para melhorar a qualidade da atenção para este grupo na unidade de saúde e no município.

Durante a intervenção 39 pessoas se encontravam faltosas a consulta programada e a totalidade delas receberam busca ativa no domicílio realizada pela equipe de saúde, favorecendo assim uma melhoria à adesão das pessoas idosas ao programa saúde do idoso.

Os 104 usuários avaliados durante o período de intervenção tiveram avaliação multidimensional rápida e avaliação de fatores de fragilização na velhice. Ficando assim mapeado 100% do risco na pessoa idosa.

Os registros de informações ficaram atualizados na totalidade o que constituiu uma satisfação para a equipe. A entrega das cadernetas de saúde da pessoa idosa não foi realizada pela não disponibilidade das mesmas no município, mas esperamos dar cumprimento a esse objetivo nas próximas semanas com o apoio e comprometimento dos gestores.

Durante estas 12 semanas foram desenvolvidas atividades de promoção e prevenção de saúdes individuais e coletivas onde 100% dos usuários recebeu orientações sobre hábitos alimentares saudáveis. E 92,3% dos usuários receberam orientações sobre a prática de atividade física sistemática e dos benefícios que isto oferece para a saúde. Neste último caso não foi possível alcançar o 100% como era nossa meta porque existem na área um total de 9 pessoas acamadas ou com algum transtorno de locomoção que estão impossibilitadas de realizar exercício físico.

Apesar dos esforços realizados pela equipe também não conseguimos atingir 100% de idosos com a primeira consulta odontológica programática onde só 39 pessoas foram avaliadas o que representa 37,5%. E dá para ver que a atenção à saúde bucal no município é muito deficiente. Justificado isto pela falta de profissionais suficientes no município onde somente tem atendimento odontológico no horário da tarde e para 4 pessoas com algum tipo de emergência o que deixa uma alta demanda de atendimentos pelos grupos prioritários.

O resto dos indicadores se manteve 100% desde o início da intervenção. Com essa intervenção foi possível avaliar os indicadores propostos pelo curso de especialização, identificamos fatores potencialmente modificáveis que mudariam positivamente os indicadores conseguindo dar solução a muitos problemas de saúde. Conseguimos incorporar à rotina diária do trabalho da Unidade Básica de Saúde o programa de atenção à Saúde da Pessoa Idosa o que propiciou uma melhoria da atenção à saúde do idoso no município.

Agradecemos seu apoio e solicitamos que dentro do possível as lacunas aqui apontadas sejam sanadas, para que a integralidade das ações sejam efetivadas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade

Realizamos um projeto de intervenção sobre a atenção à saúde da pessoa na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. O objetivo de nossa intervenção foi alcançar uma melhoria na qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa aqui no município.

As ações previstas no projeto da intervenção a serem desenvolvidas foram realizadas seguindo um cronograma elaborado pela equipe de saúde. Foi realizada a reunião com a gestão para apresentar a intervenção e para viabilizar o apoio para a logística da intervenção (materiais, insumos, equipamentos). Contamos com o apoio da gestão para garantir os materiais necessários assim como insumos.

As consultas programadas para os idosos foram realizadas de segunda a sexta-feira no horário da manhã pela médica e enfermeiro da equipe. A cada consulta clínica quando diante da anamnese e exame físico detectávamos problemas de saúde em nossos usuários eram tratados adequadamente segundo a disponibilidade de recursos existentes na unidade de saúde ou encaminhados a outros serviços caso fosse necessário.

Outra ação foi a reunião com a equipe para apresentar o Projeto da Intervenção e definir o papel de todos os profissionais na ação programática, realizamos as capacitações dos profissionais de saúde da equipe, baseado no caderno de atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa disponibilizado pelo Ministério da saúde. Capacitamo-nos para o registro das ações e a capacitação dos ACS para a busca ativa de faltosos a consulta programada, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação da mucosa oral,

necessidade de atendimento domiciliar assim como na orientação de hábitos alimentares saudáveis e sobre a prática de exercício físico regular e a importância que isto representa para a saúde.

Os atendimentos clínicos foram realizados a cada semana. Conseguimos realizar o exame clínico apropriado para 100% dos idosos cadastrados durante a intervenção assim como o exame dos pés de 100% dos usuários com DM, com a realização da palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Com o esforço da equipe de saúde em sua totalidade e com a participação das pessoas com sessenta anos ou mais residentes no município foi possível aumentar a cobertura do programa e cadastrar 100% dos idosos residentes em nossa área durante as 12 semanas de intervenção.

Quanto aos faltosos à consulta previamente agendada, todos os faltosos foram buscados pelos ACS. E caso o usuário não chegasse até a unidade a médica e ou enfermeiro se deslocavam até o domicílio em conjunto com o ACS e o técnico de enfermagem para iniciar o processo de recuperação da consulta programada e assim estimular nossos idosos a acudir espontaneamente a consulta programada uma vez que ficava explícita a importância do acompanhamento periódico. Após, tivemos um incremento gradual daqueles usuários que buscaram espontaneamente a UBS, o que significa um reconhecimento ao trabalho que nós fizemos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde do idoso. Tudo isso fala a favor do comprometimento da gestão, dos membros da ESF e da comunidade.

Outra ação desenvolvida foi o rastreamento de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus realizados para cada um dos usuários participantes da intervenção e cadastrados durante este período.

Encontros e reuniões com lideranças comunitárias foram desenvolvidos para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde da pessoa idosa.

Foram convocados líderes da comunidade, entre os quais estavam o pastor da Igreja Evangélica, líderes formais da comunidade (vereadores, liderança indígena), e líderes informais da comunidade. Quanto às atividades educativas de promoção e prevenção de saúde, foram desenvolvidas palestras na sala de espera com os usuários que assistem a consulta e no centro do idoso e academia de saúde do município. As pessoas presentes e os usuários ficavam cada vez mais interessadas quando explicávamos o projeto e comprometeram-se a não faltar às

próximas consultas, mas sabemos que isto não é trabalho, só destas 12 semanas e sim um processo de trabalho contínuo para lograr assim uma maior adesão dos usuários ao programa Saúde da pessoa idosa.

Individual o coletivamente falamos da importância de assistir às consultas, bons hábitos alimentares, prática de atividade física sistemática, higiene bucal, profilaxia de acidentes como as quedas que frequentemente afetam este grupo de população e podem levar ao acamamento ou algum transtorno da locomoção. Outro de nossos temas tratados foi a importância do apoio familiar para os idosos no estado de saúde e equilíbrio psíquico e emocional das pessoas com sessenta anos ou mais.

O atendimento odontológico é deficiente no município por falta de profissionais e de recursos. Existe em nossa área uma alta necessidade de atendimento odontológico e, sobretudo um grande número de usuários precisando de prótese dentária. É nossa vontade que nos próximos meses este problema possa ser se não resolvido, pelo menos melhorado para satisfazer uma parte das necessidades de nossa população de idosos.

Com a intervenção também logramos cadastrar 100% das pessoas idosas com transtorno de locomoção ou acamadas que residem em nossa área e 100% delas recebeu visita domiciliar. Pretendemos manter este programa de visitas domiciliares para os acamados uma vez por mês.

Favorecido pela intervenção a população ficou informada sobre a existência do programa e sobre os benefícios que este oferece para os idosos como é o atendimento prioritário em consulta e como e quando solicitar um atendimento domiciliar.

Com a intervenção conseguimos ampliar a cobertura do programa Saúde da pessoa idosa no município e obter uma melhoria na qualidade da atenção a pessoas com 60 anos ou mais residentes em nossa área. E é nosso desejo que a partir deste momento melhore o fluxo espontâneo de pessoas idosas até nossa unidade não só por situações de saúde agudas, se não para acompanhamento periódico e sistemático segundo está estabelecido pelo Ministério de Saúde e o que constitui um direito dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Muitos foram os fatores que determinaram a minha aprendizagem durante o período da especialização. Durante o transcurso do curso minha expectativa em relação a ele foram maiores e com elas meu interesse ia sendo cada vez maior. As bibliografias disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família disponibilizado pela UNASUS/UFPEL foram de muita importância em meu processo de aprendizagem assim como os casos clínicos interativos os quais estavam relacionados com situações do trabalho diário e que através deles pude fazer uma avaliação de meus conhecimentos. Também foi de muita importância a realização dos estudos de prática clínica que contribuíram na atualização dos conhecimentos já aprendidos e que tiveram um papel influente na conduta a seguir com os usuários durante o trabalho diário.

Constituiu uma satisfação ver como aos poucos íamos aperfeiçoando cada vez mais o trabalho sistemático da unidade e melhorando a qualidade do programa Atenção à saúde da pessoa idosa aqui no município. Ver a participação da equipe de saúde e a dedicação ao cumprimento das tarefas estabelecidas para cada profissional durante a intervenção me deixou muito satisfeita e acrescentou meu interesse pelo curso.

Uma das unidades mais interessantes durante o curso para mim foi a unidade de intervenção onde foi possível interagir diretamente com os idosos e com a família durante as atividades de grupo realizadas ou durante os diferentes espaços de encontro com os usuários. A visita domiciliar nos permitiu conhecer um pouco mais a família e o ambiente onde o idoso vive, assim como suas relações interfamiliares e com a comunidade. Diante deste processo pude conhecer de perto a realidade da grande maioria da nossa população e me sensibilizar mais ainda com meus usuários.

Muitos foram os benefícios alcançados através do curso, pois além da aquisição de novos conhecimentos a equipe teve a oportunidade de participar em algumas atividades propostas durante o curso e a comunidade foi beneficiada com uma ampliação da cobertura dos serviços e uma melhoria significativa na qualidade do atendimento clínica oferecida aos usuários.

Enfim, para mim este curso foi muito influente e envolveu toda uma gama de atividades como: capacitação, aprendizagem, prática do aprendido, avaliação dos conhecimentos individuais, educação da população alvo, investigação e atualização dos dados e dos cadastros existentes na unidade de saúde e aperfeiçoamento do trabalho individual e da ESF.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica N.19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e de mama**. Brasília, 2006 (Cadernos de Atenção Básica)

CONSELHO FEDERAL DE FONAUDIOLOGIA. Ofício /CFF n368, de 18 de Agosto de 2006. **Fonoaudiologia e atenção ao idoso no SUS**. Brasília, 2006.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. **Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.376-387.

FREITAS, EV. MIRANDA,R.D. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla**. In: FREITAS, E.V.et al.Tratado de geriatria e gerontologia. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P .900-909

Apêndices

Apêndice A



Apêndice A: Entrada da UBS Paulo Alcione Marques, Município Santa Rosa do Purus/ AC



Apêndice B: Equipe de saúde da UBS Paulo Alcione Marques. Município Santa Rosa do Purus/AC.



Apêndice C: Atividades de prevenção de saúde. Rastreamento de doenças transmissíveis. UBS Paulo Alcione Marques. Município Santa Rosa do Purus/AC.



Apêndice D: Atividades de promoção de saúde estimulando a prática de atividade física. Academia da saúde, município Santa Rosa do Purus/AC.



Apêndice E: atividades de promoção e prevenção de saúde. Centro de Saúde do idoso. Município Santa Rosa do Purus/AC.



Apêndice F: Atendimento clinica e atualização de registro de dados. Rastreamento de HAS Município Santa Rosa do Purus/AC.



Apêndice G: Visita domiciliar realizada aos idosos acamados ou com transtorno de locomoção. ESF da UBS Paulo Alcione Marques. Santa Rosa do Purus/ AC.



Apêndice H: visita domiciliar realizada em busca de faltosos. ESF da UBS Paulo Alcione Marques. Município Santa Rosa do Purus/ AC.



Apêndice I: Rastreamento de Diabetes Mellitus realizado aos idosos durante os atendimentos. UBS Paulo Alcione Marques. Município Santa Rosa do Purus/ AC.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	400
---	-----

OBSERVAÇÕES

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso	76	133	200	200

OBSERVAÇÕES

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área que estão acamados	10	17	26	26

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de

***Estimativa de idosos no território**

População total	4000
-----------------	------

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

The screenshot shows the Excel spreadsheet with the following data and charts:

INDICADORES (%)

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1 Cobertura de atenção de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	19,0%	33,2%	50,0%	6,9%
Numerador: Número de idosos cadastrados no programa Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde				
2.1 Preparação de idoso com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	73,7%	71,2%	47,6%	40,00%
Numerador: Número de idoso com avaliação multidimensional rápida em dia Denominador: Número de idoso cadastrado no Programa				
2.2 Preparação de idoso com exame clínico apropriado em dia	73,7%	71,2%	65,0%	40,00%
Numerador: Número de idoso com exame clínico apropriado em dia Denominador: Número de idoso cadastrado no Programa				

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 à disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante