

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS N-56, Manaus/AM

Ushie Ushie Odey

Pelotas, 2015

Ushie Ushie Odey

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS N-56, Manaus, AM

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

Orientadora: Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

O23m Odey, Ushie Ushie

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS N-56, Manaus/AM / Ushie Ushie Odey; Ana Luiza Parcianello Cerdótes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por me permitir a oportunidade de ter me formado como profissional médico e por me dar a oportunidade de vir a trabalhar neste país. Logo a meus pais, por me ajudar e apoiar sempre, sem vocês nada seria possível. A minha orientadora Ana Luiza Parcianello por sua ajuda grandíssima e persistência comigo durante o transcurso do curso. Obrigado.

Agradecimentos

A Deus pela força e inteligência para o desenvolvimento da intervenção.

A Ana Luiza Parcianello, Margarete Perez Machado e Carolina Steinhauser Motta por todas suas ajudas e orientações durante este curso.

A minha família e amigos, por nos apoiar quando for preciso.

A cada um dos integrantes da equipe da unidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, farmacêutico, assistente social e pessoal de limpeza.

Sem vocês nada tivesse sido alcançado.

Obrigada.

Resumo

ODEY, Ushie Ushie. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS N-56, Manaus/ AM.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho objetivou melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas atendidas na Unidade Básica de Saúde N-56. A intervenção com foco na saúde da pessoa idosa foi escolhida porque a análise situacional realizada revelou uma fragilidade na organização dos atendimentos, cadastramento e dos registros. Os idosos não tinham acompanhamento de saúde regular e de qualidade. A intervenção foi estruturada a partir de quatro eixos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço. Foi realizada no período de março a junho de 2015. A população alvo foi de 261 idosos que residiam na área de abrangência da UBS. O cadastro foi realizado mediante o preenchimento da ficha espelho no atendimento clínico, utilizando o protocolo de saúde dos idosos do Ministério da Saúde. Durante as 12 semanas da intervenção foram cadastradas 122 idosos, o que representou 46.7% do total de idosos da área, dessa forma, a meta de cobertura inicial traçada de 100% não foi alcançada. A falta de transporte adequado para chegar até os idosos que moram em lugares de difícil acesso foi um fator importante que afetou esta meta. Por outro lado, indicadores como melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco cadastrados alcançaram 100%, o qual melhorou a dinâmica e a qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde da unidade. Por isso, ao final da intervenção continuaremos com o trabalho até alcançar 100% da cobertura. É fundamental manter os idosos saudáveis com ações que são na maioria simples e que às vezes não são feitas por falta de conhecimento dos profissionais da unidade no que diz respeito à organização do processo de trabalho e por falta de ações de educação em saúde nas comunidades.

Palavras-chave: Saúde da família, Atenção Primária à Saúde, Saúde de idosos, Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Frente da UBS N-56, Manaus, AM.	11
Figura 2	Sala de vacinas da UBS N-56, Manaus, AM.	12
Figura 3	Equipe de trabalho, UBS N-56, Manaus/AM.	46
Figura 4	Armazenamento dos registros, UBS N-56, Manaus/AM	49
Figura 5	Mensuração da estatura em usuário idoso, UBS N-56, Manaus/AM.	51
Figura 6	Acompanhamento dos idosos na consulta individual, UBS N-56, Manaus/AM.	51
Figura 7	Atividade de recreação com os idosos, UBS N-56, Manaus/AM.	52
Figura 8	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS N-56 em Manaus-AM	56
Figura 9	Planilha de acompanhamento dos idosos na UBS N-56, Manaus –AM	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEREST	Centro de referência em saúde do trabalhador
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Modalidade de Ensino a Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa “Mais Médicos”
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SOS	Sistema de emergência social
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido.
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências	74
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	75

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Foi realizado por meio de uma intervenção, cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos idosos, que moram na comunidade de Lago Azul e que fazem acompanhamento na Unidade Básica de Saúde N-56. O volume está organizado em cinco unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da UBS N-56. A segunda é a análise estratégica, na qual se apresenta a estrutura da proposta de intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A última parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha UBS está localizada no estado do Amazonas em Manaus, no norte da cidade, tem uma população de mais ou menos 4 mil pessoas. É uma UBS nova, a infra-estrutura está com todas as suas instalações, consultório para o médico, enfermeiro, odontologia, sala de curativos, vacinação, dois banheiros e uma sala de jantar. Os trabalhadores são excelentes desde a Enfermeira até a auxiliar dos serviços gerais, todos nós trabalhamos em harmonia, há uma comunicação muito boa entre os trabalhadores. Ao redor da UBS tem uma população humilde prevalecendo diabetes mellitus entre os adultos, enquanto as doenças infecciosas, o parasitismo são mais frequentes entre crianças e jovens. Eu amo meu trabalho, na minha UBS a demanda do usuário é programado, os quais agendam consultas, visitas domiciliares a cada quinta-feira de tarde, tentamos visitar as pessoas que realmente precisam, ou seja, idosos, grávidas e pessoas com deficiência. Realizamos a reunião da equipe geralmente duas vezes por mês. Eu tenho meus desafios, o idioma é um deles, mas eu amo este trabalho, estar em contato com pessoas que realmente apreciam o trabalho diário dos médicos. A falta de alguns medicamentos populares na farmácia é outro desafio, pois as pessoas precisam desses medicamentos. A Saúde do Homem é um grande desafio também porque os homens não costumam consultar aqui na minha área. Minha comunidade tem água de poço e geralmente as crianças tem lesões de pele, espero que o final desta especialidade terei a possibilidade de dialogar sobre isso e encontrar uma solução, pois espero que eu possa ajudar a resolver os seus principais problemas de saúde e educar como prevenir a doença.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus é um município brasileiro, capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da região norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. É uma das cidades brasileiras mais conhecidas mundialmente, principalmente pelo seu potencial turístico e pelo ecoturismo, o que faz do município o décimo maior destino de turistas no Brasil. Destaca-se pelo seu patrimônio arquitetônico e cultural, com numerosos museus, teatros, templos, palácios e bibliotecas. É localizada no extremo norte do país, a 3 490 quilômetros da capital nacional, Brasília.

É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 2.020.301 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, sendo também a sétima mais populosa do Brasil e a 131ª mais populosa do mundo. A cidade aumentou gradativamente a sua participação na composição do PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país. No ranking da revista América Economia, Manaus aparece como uma das 30 melhores cidades no ramo de negócios da América Latina ficando à frente de capitais de países latinos como Assunção, Caracas e La Paz.

Para garantir a prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, Manaus, conta com 9.299 servidores e ainda com uma rede composta por 1 maternidade, 1 central SAMU-192 com oito bases descentralizadas com 18 ambulâncias de suporte básico. Um SOS social, dez serviços de pronto atendimento (SPAs), oito policlínicas, um centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST), um serviço de fisioterapia, três centros de especialidades odontológicas (CEO), dois centros de apoio diagnóstico distritais, um laboratório de citopatologia, um laboratório de vigilância em saúde, um centro de controle de zoonoses, uma central de medicamentos, 46 unidades básicas de saúde, três módulos de saúde da família, 20 unidades de saúde rurais e 158 unidades básicas de saúde da família, todas distribuídas nos distritos de saúde norte, sul, leste, oeste e rural.

Existe uma grande demanda por consultas especializadas, logo, muitas vezes os usuários esperam por um longo período por uma vaga.

A unidade onde trabalho é urbana e o seu modelo é o da Estratégia de Saúde da Família, denominada N-56 (Figura 1).A unidade possui 10 trabalhadores, sendo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um farmacêutico, uma auxiliar de serviços gerais, dois agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de vacinação, um odontólogo, um técnico de odontologia.A unidade funciona de segunda a sexta-feira nos dois turnos, inicia as atividades às 8 horas da manhã, mantendo-se aberta até às 12h. Nesse horário a unidade fecha para almoço e retorna o atendimento a partir das 14h estendendo-se até às 17h.



Figura 1 – Frente da UBS N-56, Manaus, AM.

A área de adstrita da equipe se distribui num bairro que se chama Lago Azul, possuindo uma população de 4.000 pessoas, sendo uma população de baixo nível socioeconômico em sua maioria. É uma UBS pequena, mas acompanhando uma população grande, além disso, sempre atendemos pessoas fora da área de cobertura, possuímos um consultório médico, um para a enfermeira, um odontológico, uma sala para a vacinação (figura 2), uma farmácia, uma cozinha e dois banheiros, um para os trabalhadores e outro para os usuários, nenhum dos banheiros estão adaptados para deficientes; não temos sala de espera, os usuários esperam seus atendimentos sentados nas cadeiras colocadas ao lado de cada consultório, não há espaço para os agentes de saúde realizarem as suas atividades, eles acabam ficando nos fundos do prédio ou na cozinha, normalmente realizam as suas reuniões e atividades de educação em saúde na escola. A unidade não possui sala de nebulização, nem sala de observação para os usuários que chegam em

condição crítica e que necessitam de intervenções medicamentosas imediatas para aliviar sintomas agudos, como nos casos de cefaléia, labirintite, crises hipertensivas e emergências. O certo é que esses usuários fossem estabilizados antes de encaminhá-los aos serviços especializados. Todavia, a unidade não comporta realizar esses procedimentos. Destacamos ainda que a unidade não possui uma sala que favoreça a realização de pequenas cirurgias, nem equipamentos respiratórios de suporte básico de vida.



Figura 2 – Sala de vacinas da UBS N-56, Manaus, AM.

O atendimento na unidade é realizado por vários integrantes da equipe. A equipe visa garantir o cuidado da população, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Para tal, os trabalhadores exercem suas atividades de forma coordenada.

Os casos de demanda espontânea são acolhidos pela unidade em ambos os turnos. Realizamos a escuta qualificada de todos os casos, garantindo atendimento no mesmo dia, levando em consideração o horário de chegada, inclusive ressaltamos que em número de atendimentos, os atendimentos da demanda espontânea supera os atendimentos agendados. Como estratégia para garantir o acesso dos usuários que buscam a unidade por demanda espontânea, eles são atendidos em substituição aos usuários faltosos. Desta forma garantimos o atendimento de todos que procuram a unidade. O acolhimento é realizado por vários integrantes da equipe. Todos os usuários ao chegar na unidade são atendidos primeiro pela recepção que os direcionam para os técnicos de enfermagem que realizam a escuta dos seus problemas de saúde e dos motivos que o levaram a unidade. A partir da avaliação com classificação do risco e da capacidade de

resposta da unidade, estes são encaminhados para os respectivos profissionais. Assim como são encaminhados para os serviços de vacinação, realização de preventivo, realização do teste de escarro para a tuberculose e outros. Também orientam os usuários que vem em busca de resultados de exames.

Os usuários que após avaliação são encaminhados para consulta médica ou de enfermagem tem seus sinais vitais, medida de peso, altura e de glicemia capilares, caso seja diabético aferidas pelos técnicos de enfermagem. O atendimento é realizado seguindo as prioridades estabelecidas pelos Ministério da Saúde. Os grupos mais vulneráveis como crianças, idosos, grávidas e pessoas com deficiências físicas ou com doenças crônicas como diabetes e hipertensão são priorizados.

Nossa unidade busca garantir à atenção a saúde da criança, temos um total de 54 crianças (64%) abaixo de um ano de idade cadastradas na unidade, no entanto, a estimativa é de 84 crianças na área adstrita, acompanhamos 44 crianças (81%) utilizando o protocolo do Ministério da Saúde. No entanto, enfrentamos algumas dificuldades na operacionalização desse programa, visto que não realizamos o teste de pezinho e a triagem auditiva, tanto por falta de espaço físico quanto pela ausência de treinamento dos profissionais. No que se refere a avaliação de saúde bucal, 44 crianças foram avaliadas (81%) a mesma é realizada pela odontóloga em dois turnos, onde tem dias específicos para gestantes, idosos, crianças e adolescentes. Os casos que julgamos necessários são encaminhados para o hospital da criança. Enfrentamos dificuldade em realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, já que não dispomos de uma balança antropométrica que garanta a pesagem adequada das crianças. Assim, elas são pesadas de forma irregular, que nem sempre corresponde a realidade. Em toda as consultas orientamos às mães no cuidado de seus filhos. Falamos sobre a importância da amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e a alimentação adequada nos meses seguintes, conversamos sobre hábitos de higiene e cuidados com o cordão umbilical. Aproveitamos as consultas para conversar sobre como prevenir os acidentes em casa com a água quente e a asfixia durante o sono. Acho que nossa unidade cumpre com o protocolo ministerial, porém devemos melhorar a forma de cadastro e atualização dos dados. Também acho importante realizar o acompanhamento constante de mães e filhos para assegurar que venham as consultas previstas mensais de acompanhamento, já que temos um baixo índice

de crianças com a primeira consulta antes dos 7 dias de vida, prevista pelo protocolo. Apesar de conseguirmos manter a vacinação das crianças em dia, já que conseguimos alcançar 100% de cobertura na área, ou seja, 54 crianças, o que nos rende elogios, acho importante que tenhamos uma sala de vacinação implantada na unidade. Assim como, a realização do teste do pezinho na unidade.

A nossa unidade realiza atendimento às gestantes, na unidade existem 37 gestantes cadastradas na área 3.2, 28 gestantes cadastradas na area 3.4 e 12 gestantes da area descoberta, o que significa mais de 6% da população. As gestantes possuem entre 16 e 37 anos, porém a maior parte se concentra no grupo etário de 20 a 29 anos. Nosso cadastro aponta para um número maior do que o previsto no caderno de ações programáticas, pois a estimativa gerada foi de 60 gestantes para o nosso território. As gestantes são acolhidas na nossa unidade, desde sua chegada. Elas recebem atendimento de todos os profissionais da equipe, tendo atendimento preferencial ao chegar na unidade, as gestantes recebem o cartão de gestante na primeira consulta de pré-natal. Ali contém todas as anotações atualizadas de cada consulta com os exames laboratórios, as vacinações e exames físicos realizados com os índices de massa corporal, altura uterina controle e batimento cardíaco fetal, movimento fetal, contratatura uterina e bem-estar físico da mãe, sempre agendando uma próxima data de retorno. Na nossa UBS as gestantes realizam consultas agendadas pelo departamento de enfermagem, desta forma temos uma boa vigilância sobre a saúde mãe-criança.

Realizamos atividades educativas na comunidade sobre o controle de pré-natal. Como há facilidade de acesso aos serviços, a população adere ao acompanhamento indo de maneira regular para suas consultas e controles de pré-natal. Por isso temos observado a diminuição nos casos da mortalidade materno-infantil em nossa população. Hoje, garantimos acesso aos exames laboratórios em cada consulta, conforme preconizado pelo protocolo. O exame de ultrassonografia é agendado como prioridade. O acesso aos exames laboratoriais estão garantidos para todas. As gestantes recebem ácido fólico até 12 semanas de gestação e logo sulfato ferroso até puerpério, os medicamentos são garantidos pela nossa farmácia durante a gestação. Assim como garantimos o atendimento. Esse modelo de cuidado tem permitido identificar precocemente os casos de riscos, por fim, considero que o programa tem cumprido seu objetivo, já que foi adequadamente

implantado, o que tem auxiliado a diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil e os números de complicações perinatais na nossa unidade.

Realizamos a prevenção do câncer de colo do útero e de mama. Para tal, seguimos o estabelecido no protocolo do Ministério da Saúde. Atualmente temos um total de 500 mulheres (59%) cadastradas na unidade, a estimativa foi de 846 mulheres na faixa de 25 a 64 anos. Ocorre a coleta de exames citopatológicos uma vez na semana, estamos com 400 mulheres em dia para o exame (80%). Esses são, realizados pelo departamento de enfermagem. São realizados em ambos turnos no mesmo dia. No momento, não temos uma forma de organização que garanta o rastreamento dos casos, as mulheres buscam o serviço de forma espontânea. Todas as mulheres entre as idade 25 a 64, segundo o protocolo do Ministério de Saúde devem ser orientadas durante as consultas e as visitas domiciliares sobre a importância de realizar seus exames periodicamente. A prevenção do câncer de mama está mais deficitária, temos apenas 20 mulheres cadastradas (10%) e 17 com a mamografia em dia (85%), porém nossa estimativa é de 196 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, estamos com 10% de cobertura para esse tipo de câncer. Não possuímos registros atualizados. Enfrentamos, problemas para atualizar os dados na unidade, já que não temos agentes comunitário de saúde suficiente para cobrir todas as áreas. Até o momento cadastramos apenas 31 mulheres com exames positivos na pesquisa de câncer de colo uterino e de mama. Como estratégia de prevenção ao câncer do colo de útero e mama, estamos atualizando os dados da população de mulheres residentes na área que devem ser incluídas nos programas de prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Elaboramos uma forma de registro que contém informações importantes das mulheres como: nome, idade, endereço, fatores de risco, se realizou ou não citologia e mamografia e data do exame. Buscamos com isso garantir a realização dos exames preventivos, ao mesmo tempo que serão solicitados exames priorizando as usuárias de acordo com os fatores de risco e o tempo sem ser avaliadas, mas temos enfrentado dificuldade na garantia das ações desse programa devido a demora dos resultados. Em média, demoram 8 meses, sendo que em alguns casos as usuárias precisam repetir o exame. Por este motivo perdemos muitas mulheres, pois preferem realizar os exames em clínicas particulares. Assim, não usam os serviços da UBS, impossibilitando o seu acompanhamento. Acho que deveria abrir mais laboratórios, ampliando a capacidade da rede de analisar em tempo hábil os exames realizados,

retornando-os com mais brevidade para a unidade. Desta maneira acreditamos que poderíamos garantir a adesão das usuárias aos serviços prestados pela unidade, tendo um melhor acompanhamento das mesmas. Também achamos necessário implantar em nossa unidade, o rastreamento das usuárias com exames alterados. Para tal, pensamos em implantar a busca ativa, realizada através da visita pelas ACS. Por fim, estamos tentando cumprir as metas estabelecidas pelo protocolo de controle do câncer de colo do útero e mama do Ministério da Saúde. Precisamos trabalhar mais no diagnóstico precoce dessas doenças em nossa comunidade, assim, como realizar ações educativas com às mulheres do grupo de risco. Segundo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde é importante sensibilizar as mulheres para a realização do auto exames da mama diariamente, de modo que possibilite identificar precocemente alterações. De forma a complementar o diagnóstico precoce sugere que os exames citopatológicos e a mamografia sejam realizados periodicamente. Avalio a necessidade de capacitar todos os integrantes da equipe, de modo que possam atuar no cuidado das mulheres, avaliando os diferentes fatores de risco das diferentes doenças. Acho importante que cada trabalhador compreenda a sua atribuição e auxilie a equipe no desenvolvimento de ações e no cumprimento do programa. Acredito que só assim, a equipe será capaz de promover a assistência e o cumprimento das ações do programa de prevenção ao câncer de colo do útero e mama, atuando sobre os fatores de risco, principalmente por orientar as mulheres sobre o diagnóstico precoce. Como estratégia de cuidado, devemos garantir o acompanhamento das mulheres com exame alterado. Desta forma, os dados das mulheres com exame positivo devem estar atualizado, assim como os seus prontuários, de modo que garanta o planejamento das ações a serem desenvolvidas

Na nossa unidade realizamos o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Hoje possuímos um total de 285 usuários cadastrados com uma das patologias ou ambas, sendo 219 pessoas diagnosticadas com hipertensão, que corresponde a 31% da estimativa do caderno de ações programáticas e 66 usuários diabéticos, que corresponde a 33% da estimativa, visto que possuímos uma população de 4.000 habitantes. As consultas do programa possuem um dia específico de atendimento, sendo realizadas uma vez por semana. Antes da consulta, os técnicos de enfermagem realizam as medidas de importância, estatura, pressão arterial e a glicemia capilar, registrando nos pontuários médicos. Logo após

esse atendimento, eles são conduzidos a consulta médica. Na consulta médica realizamos a avaliação física, revisão de medicamentos e observamos a resposta do usuário frente ao mecanismo de compensação e as possíveis alterações da resistência aos medicamentos, avaliamos também a manutenção dos hábitos dietéticos saudáveis e atividades saudáveis do **paciente**. Os estudos laboratoriais como o hemograma completo, estudo da glicemia, proteinúria de 24 h, exame de urina simples, colesterol, creatinina, estudos eletrocardiográficos entre outros estão garantidos para todos. No entanto, destaco como uma das limitações enfrentadas pela equipe, a garantia do atendimento especializado. Isto porque existe uma grande demanda e poucos especialistas para absorver. No que se refere a disponibilidade de medicamentos do programa, temos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais em nossa farmácia e raramente ocorre a sua falta. Existe alguns remédios não disponíveis a nível nacional, como é a insulina. Contudo, os usuários tem acesso a essa, quando necessitam.

A unidade atende os idosos da área, através do programa do idoso previsto no protocolo do Ministério da Saúde. Nossa população de pessoas maiores a 60 anos na comunidade é de 261, o que significa um aumento de aproximadamente 8% da estimativa realizada no caderno de ações programáticas. A consulta dos idosos é realizada todos os dias da semana, nos dois turnos. O seu acompanhamento é iniciado desde o momento que a agente comunitária realiza seu cadastro. Os idosos são avaliados levando em consideração a sua capacidade física, o aparecimento de doenças, a disponibilidade ou não de cuidados familiares e acompanhando a outros critérios. Após a análise dos dados, são planejadas as consultas e as visitas domiciliares, considerando cada caso. Todos os profissionais da unidade, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiros e médico realizam atendimento as pessoas idosas. Eles têm prioridade no atendimento e suas consultas são planejadas. Seus familiares podem solicitar as visitas domiciliares via telefone a qualquer hora do dia e a qualquer dia da semana, e estas solicitações são correspondidas de caráter imediato devido as alterações fisiológicas, os idosos estão propensos e susceptíveis ao aparecimento de vários problemas de saúde, os principais são as doenças crônicas e degenerativas, podendo aparecer doenças como a artrose degenerativa, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares, cardiovasculares entre outros.

Na unidade, garantimos as pessoas idosas a realização de exames físicos completos, a solicitação de exames de laboratório, as prescrições medicofarmacológicas e os encaminhamentos às consultas especializadas quando necessário. Durante as consultas recebem orientações sobre hábitos dietéticos saudáveis, as vantagens de praticar exercícios físicos regulares e adequados, envolvendo movimentos das articulações, estiramento de músculos, caminhadas e outros exercícios com os quais se sentem cómodos. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde, levando em conta os riscos de acidentes domiciliares, fazemos orientações sobre a importância da interação social e participação em atividades comunitárias, interação com os vizinhos e os familiares recebem orientações também da importância de evitar complicações nos casos dos usuários acamados por longo período. Entretanto, possuímos fragilidade na organização dos registros da saúde do idoso, não temos registros adequados sobre a situação de cada idoso da área de abrangência, algumas ações de qualidade do atendimento estão abaixo do que se espera, assim como a deficiência em profissionais como fisioterapeutas e nutricionistas para realizar um trabalho interdisciplinar com os idosos.

Acho que um dos problemas mais graves da minha área de saúde é consulta especializada, muito triste ver os usuários esperarem até 6 meses para consultar com um especialista, acho que os especialistas podem ser mandado semanalmente a atender as populações de difícil acesso, isto ajudaria bastante o sistema de saúde pública e melhoraria o índice de mortalidade.

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

Na verdade, olhar de perto a diferença entre o que eu percebia no início do meu trabalho na unidade e o que eu passei a compreender a partir da avaliação é bem grande. No início não conhecia como funcionava completamente a unidade nem como era a dinâmica do trabalho no sistema de saúde de uma unidade básica. Além da dinâmica dos usuários e da comunidade, com o passar do tempo e após cada semana, compreendi e aprendi diferentes protocolos que foram disponibilizados pelo curso, os quais são notavelmente muito completos. Em minha

opinião são mais completos comparados a outros países, sobretudo no esquema de vacinação. Agora nossa visão é mais ampla, podemos abarcar mais aspectos. Tudo isso ajudou a compreender melhor o contexto, bem como para melhorar a qualidade da atenção oferecida como profissional da saúde nas consultas médicas. O estudo através das últimas semanas me permitiu abrir possibilidades de prevenção e de educação em saúde. No princípio, tínhamos muitas coisas que desconhecíamos sobre as ações que deveriam ser feitas nos diferentes programas, agora nossa visão é mais ampla.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O corpo humano sofre muitas mudanças e desgastes durante os anos, levando todos ao envelhecimento. Em geral as pessoas idosos são propensas a sofrer esquecimento de parte da comunidade pelo menor papel que realizam na sociedade devido ao envelhecimento, mas não deve ser assim, porque são pessoas no qual durante seus tempos de juventude também ocuparam espaços importante em lugares públicos na sociedade. Além da experiência e do conhecimento acumulado neles, ainda são de grande valor para a sociedade. Devido à grande divergência entre os especialistas quanto aos critérios de agrupamento etário optou-se por classificar idosos os acima de 60 anos de idade, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003), agrupou na categoria adulto o número de habitantes com idade entre 19 a 59 anos de idade.

A população de pessoas maiores de 60 anos na comunidade é de 261 usuários, o que significa um aumento aproximado de 8% na estimativa realizada no caderno de ações programáticas (241 idosos). Atualmente estão com acompanhamento em dia 118 idosos (45%), no entanto, possuímos grande parte desses idosos sem avaliação de risco e investigação para diabetes mellitus, correspondendo a apenas 12%; fragilidade na velhice, apenas 8%; e as orientações para promoção da saúde está abaixo de 25%. Nossos registros estão desorganizados para a saúde do idoso, um público que se encaixa em grande parte no grupo dos hipertensos e diabéticos e acabam ficando sem seus registros e avaliações inerentes a idade e conforme o Ministério da Saúde preconiza.

A ação programática tem alto grau de implantação, já que a equipe está engajada para intervir nesse foco. Temos como limitação a ausência de fisioterapeutas em nossa unidade e de nutricionista de referência o que

impossibilita que seja realizado tratamento de reabilitação, exercícios físicos orientados e programados, além de um adequado esquema nutricional. Também temos idosos em lugares de difícil acesso que será um desafio para nossa equipe. Viabiliza a intervenção a união da equipe, a aceitação por parte da comunidade ao meu atendimento e os espaços descentralizados para realizar ações de educação em saúde. Dessa forma, a intervenção pode trazer benefícios para a população idosa, como seus registros e avaliações adequadas, já que o maior problema é a falta de organização da atenção à saúde dos idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na UBS N-56, Manaus, AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde N- 56 no município de Manaus, AM, no período de 16 semanas, com ações

em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Serão participantes deste projeto todos os idosos acima de 60 anos pertencentes à área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento será feito mensalmente pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Acolher os idosos.

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

Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Capacitaremos os ACS para o cadastramento dos idosos de toda área de abrangência. Será feito por toda equipe de saúde da UBS no início da intervenção.

Engajamento público

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

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

Detalhamento: Iremos informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção ao Idoso em uma reunião que será feita na Igreja Evangélica por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

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

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

Detalhamento: Será feito durante as reuniões de equipe pelo médico e a enfermeira na UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

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

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

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Poular / Hiperdia.

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

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

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

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

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Detalhamento: O monitoramento será feito mensalmente pelo médico e a enfermeira.

Organização de gestão do serviço

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

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

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

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

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

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

Garantir a solicitação dos exames complementares

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

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

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

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

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

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que nprovavelmOrganizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. ente terá que realizar o hemoglicoteste.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Será feito por toda a equipe de trabalho na UBS durante toda intervenção.

Engajamento público

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

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

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

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Detalhamento: As informações serão repassadas aos usuários durante as consultas médicas e através do acolhimento pelo restante da equipe. Também no grupo da Igreja Evangélica e na sala de espera por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

Detalhamento: Será feito durante as reuniões de equipe pelo médico e a enfermeira na UBS.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e a enfermeira mensalmente.

Organização e gestão do serviço público

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: Essa organização será realizada através dos ACS com toda equipe, nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Informaremos e ouviremos os usuários durante as consultas médicas, através do acolhimento pelo restante da equipe. Também no grupo da Igreja Evangélica e na sala de espera por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: será feito através de reuniões com a equipe pelo médico e enfermeira do UBS.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Esse monitoramento será feito na UBS pelo médico e a enfermeira, mensalmente.

Organização e gestão do serviço público

Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

Detalhamento: O SIAB será atualizado, mensalmente, pela enfermeira e os ACS, os registros serão feitos por todos da equipe e o médico ficará responsável por monitorar isso, o sistema de alerta será elaborado pela enfermeira. A solicitação da cardeneta será feita pelo médico.

Engajamento público

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

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

Detalhamento: As informações serão passadas aos usuários durante as consultas médicas, através do acolhimento pelo restante da equipe. Também no grupo da Igreja Evangélica e na sala de espera por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Será feito na UBS pelo médico e a enfermeira.

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

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

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

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

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

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: A monitorização será realizada por toda equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente;

Detalhamento: O atendimento seguirá sendo priorizado por toda equipe e o agendamento a visita domiciliar será discutido a necessidade nas reuniões de equipe com os ACS.

Engajamento público

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

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

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

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

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

Detalhamento: As informações serão pasadas aos usuários durante as consultas médicas, através do acolhimento pelo restante da equipe. Também no grupo da Igreja Evangélica e na sala de espera por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

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

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Será feito durante as reuniões da equipe pelo médico e a enfermeira na UBS.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

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

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Esse monitoramento será feito na UBS pelo médico e a enfeimeira, mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

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

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

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

Detalhamento: Essa organização será realizada pelo médico, após apresentar o projeto para a equipe e gestor com o consenso de todos.

Engajamento público

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

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

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

Detalhamento: As informações serão pasadas aos usuários durante as consultas médicas, através do acolhimento pelo restante da equipe. Também no grupo da Igreja Evangélica e na sala de espera por toda equipe de saúde da UBS, mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

Detalhamento: Será feito durante as reuniões de equipe pelo médico e a enfermeira na UBS.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Relativos ao objetivo 2

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

da Saúde.

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção

cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

Relativos ao objetivo 3

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativos ao objetivo 4

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativos ao objetivo 5

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Relativos ao objetivo 6

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de

atividade física.

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

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

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção referente à saúde do idoso adotaremos os manuais de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, 2010 e Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Cadernos de Atenção Básica - nº 19, 2006. Iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os manuais acima citados, a equipe de trabalho (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e recepcionista) serão envolvidos na busca de informações, no atendimento, cadastramento e orientação as pessoas idosas, seus familiares e a comunidade, posteriormente haverá a realização de debate e esclarecimento de dúvidas. Nossa intervenção tem como objetivo ampliar a cobertura para 100% dos idosos na área de abrangência nas próximas 16 semanas.

Para alcançar este objetivo será monitorado o número de pessoas idosas cadastradas na ESF N-56. A equipe vai desenvolver a atividade mediante revisão periódica (mensalmente) dos prontuários clínicos, fichas espelhos, cardeneta dos idosos e livro de idosos da equipe para verificar se estão em dia as consultas. Será feito por toda a equipe de saúde.

Em relação à organização e gestão do serviço, as pessoas idosas receberão acolhimento na unidade com atenção priorizada nas consultas por parte da enfermeira, médico e o técnico de enfermagem, será feita medição de sinais vitais, curva do peso, estatura, palpação pulso pedioso e patelares, frequência respiratória

e cardíaca, cálculo de índice de massa corporal, exame clínico geral, avaliação multidimensional rápida segundo o protocolo do Ministério de Saúde.

As ações de garantir o registro das pessoas idosas será feito continuamente, serão desenvolvidas pelo médico e/ou pela enfermeira com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para a impressão das fichas de cadastro, ficha espelho, também ocorrerá a atualização do SIAB. Serão impressas 261 fichas. Vamos dispor de materiais adequados e requeridos para o exame físico como estetoscópio, fita métrica, esfigmomanômetro, material adequado para realização do hemoglicoteste, balança, antropômetro, Tabela de Snellen. Para melhorar o registro dos usuários idosos, as ações

No engajamento público as atividades de esclarecer a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilharemos com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente este é importantíssimo para as pessoas com diabetes, doenças de insuficiências arterio-venosas do membros inferiores, doenças renais, cardiovasculares entre outros, também a importância do início do controle regular e para prevenção de doenças e complicações associadas com a idade avançada, serão desenvolvidas, principalmente pelo médico e pela enfermeira. Garantiremos com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo solicitando exames complementares periodicamente focando em estudos de hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicerídios, uréia, creatinina, urina, fezes e eletrocardiograma. As pessoas apresentando dificuldade para a locomoção serão cadastradas através das visitas domiciliares para fazer monitoramento sobre seu estado geral, com avaliação multidinâmica rápida e atualização de exames complementares e medicamentos em uso. Estabeleceremos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Será feito desde a primeira semana e por toda equipe de saúde. Capacitaremos a equipe como realizar avaliação de saúde bucal nas pessoas idosas e organizaremos a agenda de saúde bucal para atendimento e realização da limpeza bucal. Estabeleceremos agendamento para realizar limpeza

bucal duas vezes a cada ano, educando a importância para manter uma saúde bucal adequada. Nossa equipe realizará conversas na Igreja Evangélica e também no espaço da escola pública da comunidade com apresentações de slides, vídeos (será necessário computador e retroprojetor) não só para as pessoas idosas mas também estarão convidados a participar familiares e/ou a comunidade, promovendo a participação ativa.

Na qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para o cadastramento das pessoas idosas, serão treinados para a realização e aplicação da avaliação multidimensional rápida, assim procurando os sinais de fragilidade nas pessoas idosas. A equipe será capacitada para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar e identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, também realizarão verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e hemoglicotestes com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para alcançar os objetivos de qualidade, as ações de monitoramento e avaliação como a realização de exame físico enfatizando, exame de fragilização da velhice conforme periodicidade indicada; monitorar o número de pacientes com exames laboratoriais solicitados e realizados; garantir a acessibilidade aos exames laboratoriais, o médico e o enfermeiro após solicitação dos exames requeridos irão orientar os usuários a buscar um dos 6 centros de saúde na cidade disponibilizados pela prefeitura onde são realizados os exames laboratoriais gratuitamente. Também ofertaremos as pessoas idosas com hipertensão e diabetes prescrição de medicamentos em uso durante as consultas e organizaremos a dispensação mensal de medicamentos na Unidade para aquelas que tiveram esta prescrição na consulta. Será monitorada a periodicidade a acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos prescritos, tanto nas farmácias da rede básica quanto as farmácias populares. Será feito por toda equipe de saúde mensalmente.

Referente a organização e gestão do serviço, no início da intervenção serão definidas as atribuições de cada membro da equipe para garantir o cumprimento do programa da atenção ao idoso, esta atividade será realizada na reunião da equipe, além disso, será estabelecida a periodicidade da atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Referente ao controle de estoque e registro das necessidades de medicamentos dos pessoas idosas cadastradas na unidade de saúde, será monitorado pelo técnico da farmácia o estoque com periodicidade mensal, através do sistema de registro da farmácia.

Com relação ao objetivo de adesão o monitoramento será feito para dar comprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Esta atividade será desenvolvida pelo médico e enfermagem, mediante a revisão sistemática dos prontuários clínicos, caderno da equipe e a fichas espelho com periodicidade mensal, para avaliar frequência e periodicidade da consulta de acordo com o protocolo, além, de exames clínicos laboratoriais, avaliação de riscos na velhice, data prevista de retorno para próxima consulta

Na organização e gestão do serviço, a enfermagem e os ACS organizarão as visitas domiciliares para buscar os faltosos, além disso, se fará uma reestruturação na agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares, será prevista 1 vaga por turno de atendimento dos 4 correspondentes a urgências clínicas que são reservadas continuamente em nossas consultas diárias.

A comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas, assim como ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários e esclarecer à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Esta atividade será desenvolvida pelo médico e enfermeira com periodicidade mensal aproveitando um espaço disponível da UBS, preferencialmente nos dias da consulta do hiperdia.

Os ACS serão capacitados para a orientação dos idosos a realizar as consultas e sua periodicidade. Esta atividade será desenvolvida pelo médico no início da intervenção e reforçada mensalmente, será disponibilizado para eles material com informação básica referente a frequência, periodicidade e orientação nutricional.

No que se refere a registro será monitorado a qualidade. As informações sobre o acompanhamento serão registradas por todos os profissionais que as atenderem nos prontuários, na caderneta dos idosos, caderno da equipe e na ficha espelho disponibilizadas pelo curso. Solicitaremos à gerência para imprimir as fichas espelho que serão anexadas ao prontuário de cada usuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que será alimentada semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço serão mantidas as informações do SIAB atualizadas, se implantará a planilha para registro específico de acompanhamento, será pactuado com a equipe o registro das informações e a definição do responsável pelo monitoramento destes. Organizar-se-á um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Responsáveis por esta ação serão o médico e a enfermeira.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitacao dos profissionais da saude da ubs sobre o protocolo de idosos estabelecimento do papel de cada profissional na ação progamática	x	x	x													
cadastro de todos os idosos da area adstrita no programa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Contato com liderancas comunitarias para falar sobre a importancia da ação progamática dos idosos solicitando apoio para os demais estrategias que serao implementadas				x				x				x				
atendimento clínico dos idosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
capacitacao dos ACS para realizacao de busca ativa de idosos faltosos as consultas	x					x						x				
monitoramento da intervencao				x				x				x				X
imprimir fichas espelhos idosos e disponibilizar na unidade orientando a todos sobre o correto preenchimento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
organizar a agenda semanal de marcação de consulta aos idosos				x				x				x				
organizar as fichas espelhos juntamente com os pontuários dos idosos acompanhados em ordem alfabética e separando as classificadas com os doenças que padecem				x		x										
reunião com a equipe para concluir capacitação				x												
levantamento de todos os faltosos para organização de busca ativa				x				x				x				X
realizar educação em saúde na sala de espera com os idosos e familiares de idosos sobre a				x						x						X

3 Relatório da Intervenção

A intervenção realizada na Unidade N-56 em Manaus com o foco melhoria da atenção à saúde do idoso foi no período de março a junho de 2015, totalizando 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Dentro das ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, destaca-se inicialmente o cadastramento dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família UBS-N56, Lago Azul – Manaus - Amazonas. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência, a partir da implantação da intervenção à saúde de idosos. Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura em 100%. Para tanto, solicitei a todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que providenciassem uma lista com os nomes de todos os idosos passíveis de inclusão ao Programa, a partir do qual seria possível realizar a busca ativa de todos os idosos ainda não cadastrados e, portanto, ainda não atendidos conforme o protocolo.

O atendimento destes idosos foi priorizado na rotina da unidade, ou seja, foram estabelecidos dois períodos na semana que se destinavam aos agendamentos para atendimento da população-alvo, mas os idosos também eram atendidos durante toda a semana por demanda espontânea, caso necessário. A equipe da unidade foi capacitada para a realização do acolhimento destes idosos, bem como a respeito da saúde dos idosos e informações a serem repassadas aos familiares. Os ACS agendavam os idosos da microárea correspondente, um por vez, além disso, quase todos os idosos da área de abrangência que compareciam por demanda espontânea eram atendidos no mesmo momento e cadastrados na intervenção. Dessa forma, foi possibilitada a inclusão de muitos idosos cujos ACS

ainda não haviam realizado agendamentos, facilitando o trabalho destes e otimizando os resultados. Foi realizado também um trabalho de conscientização, tanto para ACS quanto para a população, sobre a importância e benefícios provenientes da participação na intervenção.

A equipe de saúde foi capacitada para identificar e realizar a busca ativa de todos os idosos. O protocolo não foi impresso, apesar da solicitação à gestão municipal, no entanto, foi disponibilizado em arquivo pdf no computador da unidade para que todos pudessem consultá-lo quando houvesse necessidade (Figura 3). Todas as vacinas, equipamentos e condições necessários para sua realização já estavam garantidos antes mesmo de iniciada a intervenção, sem ocorrência de qualquer contratempo. Os idosos com problema de saúde grave foram encaminhados para hospitais de referência.



Figura 3 – Equipe de trabalho, UBS N-56, Manaus/AM.
Fonte: Especializando do curso de saúde da família

As consultas foram organizadas de modo que os idosos, ao comparecer à unidade por agendamento, passassem por consulta médica, odontológica e pela técnica de enfermagem. Dessa forma, todos os idosos eram encaminhados para

consulta odontológica e realizado o seu cadastramento no Programa referente ao acompanhamento de saúde bucal. Os idosos que chegavam por demanda espontânea eram agendados de acordo com a disponibilidade do dentista. Dessa forma, não conseguimos ainda adequar a agenda deste profissional para que o atendimento a estes idosos fosse prioritário.

O engajamento público foi realizado, sendo passado aos familiares e comunidade em geral as orientações e informações a respeito do Programa de Atenção à Saúde de Idosos, bem como as vantagens e facilidades ao participar do mesmo. Tal papel foi desempenhado em todo e qualquer contato possível entre membros da equipe e população, em visitas domiciliares e consultas médicas e odontológicas. Foi dada a importância também de compartilhar, com familiares e responsáveis, informações a respeito do estado de saúde de seus familiares, alertando sobre anormalidades e o que se espera para um idoso saudável, bem como quais os próximos passos do acompanhamento. Outro aspecto de fundamental importância foi trabalho de conscientização em relação à responsabilidade e cuidados compartilhados, extensamente abordados durante as consultas médicas.

Uma ação que ocorreu parcialmente foi a capacitação dos ACS quanto aos procedimentos de curativo de úlceras de pressão, com a finalidade de que ficassem a par das principais características deste acompanhamento, facilitando na observância e identificação de qualquer alteração durante as visitas domiciliares ou comparecimento na unidade. Os ACS acompanhavam as consultas e me auxiliavam a pesar os idosos, preencher as fichas-espelho, bem como foram treinados para a interpretação. O intuito não era que eles desempenhassem rotineiramente este papel, mas que fossem capazes de se atentarem às particularidades a serem consideradas neste tipo de acompanhamento e, uma vez identificadas quaisquer alterações em visitas domiciliares ou outras ocasiões, providenciassem prontamente o encaminhamento para consulta médica. Esta ação não foi completamente desempenhada devida à recusa de alguns ACS, alegando ser uma atribuição além de suas funções na unidade.

Não houve tempo hábil para o agendamento dos idosos de outras duas micro áreas, além de haver ainda uma micro área descoberta. Os agendamentos vão continuar mesmo com o término da intervenção, porém, estes serão realizados apenas num período da semana. Vale ressaltar que, apesar de haver uma

organização para tais agendamentos, os idosos continuam tendo atendimento prioritário e, mesmo que o comparecimento tenha sido por demanda espontânea. A consulta com o dentista é agendada conforme necessidade e disponibilidade deste profissional. Os idosos da área descoberta e que ainda não foram cadastradas (alguns idosos já tiveram seu cadastro realizado, pois compareceram por demanda espontânea) serão paulatinamente agendadas com a ajuda de uma das ACSs.

A meta de cobertura estabelecida no projeto de intervenção não foi cumprida, já que tínhamos pactuado em 100% da população idosa, correspondente a 261 idosos aproximadamente. Não alcançamos a meta porque a intervenção foi planejada para acontecer no período de 4 meses. Para atender a recomendação do curso, a intervenção finalizou com 12 semanas. Inconveniência em transporte adequado para chegar até os idosos que moram em lugares de difícil acesso foi um fator importante que afetou esta meta.

No entanto, o mais importante é que a cobertura seja progressivamente ampliada até que todos os idosos da área adstrita sejam cadastrados e acompanhados. Acreditamos que com a organização do atendimento diariamente, seja possível cadastrar mais idosos que compareçam por demanda espontânea, e priorizando o atendimento deste usuário no dia-a-dia.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, foi implementada a ficha-espelho de acompanhamento, disponibilizada pelo curso de especialização. Tal forma de registro facilita o monitoramento do acompanhamento de todos os idosos participantes do Programa, sendo imprescindível a constante atualização das informações (Figura 4).



Figura 4 – Armazenamento dos registros, UBS N-56, Manaus/AM. Fonte: Especializando do curso em saúde da família.

Em relação às consultas de monitoramento do crescimento e desenvolvimento, tanto o médico como a enfermeira estão aptos para o seu preenchimento. O dentista é responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem pela atualização das informações. Assim, todos estes são corresponsáveis no monitoramento dos registros, sendo o médico e a enfermeira responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes a intervenção. Dessa forma, foi dada a importância quanto à completude das fichas-espelho para que não prejudicasse o controle e para que a abordagem fosse a mais completa possível, facilitando dessa forma o monitoramento e avaliação periódica do acompanhamento.

Para melhorar a adesão dos idosos é monitorado regularmente o cumprimento da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo. Foi procedida à capacitação dos ACSs para tal ação a partir da análise das fichas-espelho como forma de facilitar tal monitoramento, além de aumentar o controle da população sob sua responsabilidade. No entanto, os ACSs ainda apresentam dificuldades em incluir tal ação na sua rotina de trabalho. No momento, eu tenho

realizado este monitoramento, repassando aos agentes de saúde quais Idosos devem retornar por busca ativa, tanto para consulta médica quanto odontológica.

Há a necessidade de se passar tal atribuição também para a enfermeira, pois ela auxiliaria nesta tarefa e ainda delegaria progressivamente esta ação aos ACSs até que estivessem completamente aptos e acostumados a mais esta atribuição. Mesmo porque, há uma troca contínua de médicos na unidade, então melhor seria que quem permanecesse na unidade estivesse a par de todo o processo de trabalho em relação à intervenção assumida pela USF, para que todas as orientações fossem repassadas a diante. Há também uma dificuldade em realizar a atualização do calendário de idosos nas fichas-espelho, ou seja, mesmo algumas idosos tendo sido cadastrados, na ficha-espelho consta como não cadastrados. Dessa forma, foi solicitado à técnica de enfermagem que intensificasse a atenção no sentido de atualizar as informações (Figura 6).

Todos os idosos participantes da intervenção são avaliados quanto à presença de fatores de risco, de acordo com o protocolo seguido. Os Idosos classificados como de alto risco são identificados nas fichas-espelho, sendo estas monitoradas com maior atenção quanto a atrasos nas consultas e prioridade de atendimento. Principalmente em consultas, foram fornecidas orientações aos responsáveis e comunidade em geral a respeito de situações ou condições que possam representar fatores de risco para a saúde dos Idosos. Os agentes de saúde foram capacitados a identificar tais fatores na comunidade ao realizarem visitas domiciliares (Figura 6).



Figura 5 – Mensuração da estatura em usuário idoso, UBS N-56, Manaus/AM. Fonte: Especializando do curso em saúde da família.



Figura 6 – Acompanhamento dos idosos na consulta individual, UBS N-56, Manaus/AM. Fonte: Especializando do curso em saúde da família.

Em relação à promoção da saúde da idosos, as orientações de prevenção de acidentes e todas as demais referentes ao acompanhamento foram fornecidas principalmente nas consultas médicas e odontológicas, as quais foram devidamente registradas nas fichas-espelho de acompanhamento, tanto pelo médico como pelo dentista. Tais informações também foram repassadas à comunidade durante atividades de educação em saúde. Para tanto, a equipe de saúde foi capacitada, tendo como parâmetro o protocolo adotado, a qual ocorreu em reuniões e distribuição de materiais para aprofundamento dos assuntos. Cada agente de saúde seria responsável por uma atividade na qual abordaria um tema. Foram realizadas três atividades, dentre as quatro previstas no cronograma, sendo uma na escola inserida no território (Figura 7). Não houve cumprimento de todas devido à elevada demanda na unidade e dificuldade de administrar todas as atividades, além da resistência de alguns integrantes da equipe em realizar tais atividades. Dois agentes de saúde realizaram conversas de educação em saúde com responsáveis antes que fosse iniciado o atendimento dos idosos. Os temas abordados foram sobre orientações nutricionais, prevenção de acidentes, necessidade de cartão de idosos, uso apropriada dos medicamentos o dentista da unidade, sobre prevenção de cáries e suas consequências na saúde de idosos. Foram registradas através de fotografias, porém não houve assinatura em lista de presença.



Figura 7 – Atividade de recreação com os idosos, UBS N-56, Manaus/AM. Fonte: Especializando do curso em saúde da família.

As consultas de saúde bucal também foram parcialmente efetuadas, uma vez que o atendimento ficou suspenso um período por falta de material e também porque o dentista se ausenta uma semana por mês para realizar curso de pós-graduação fora do estado. Optou-se pelo atendimento médico e odontológico no mesmo período, pois coincidia com a presença do profissional dentista na unidade, além de diminuir a possibilidade de idosos faltosos aproveitando ao máximo o seu comparecimento na USF. Todos os idosos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo que todos foram encaminhados ao dentista para sua primeira consulta programática.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista no projeto deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme se pretendia. Mas ressalto aqui, uma ação que deveria ter incluído no projeto e não o fiz. Trata-se da sinalização de instituições presentes na área de cobertura. Por mais que tenha comunicado a unidade de referência quanto a intervenção e que encaminhassem todos os idosos da nossa área de abrangência, ainda assim há muito o que fazer. Também não incluí esta ação porque não há creches, bem como achei que não teria tempo hábil para desempenhá-la. Logo após o início da intervenção a enfermeira da unidade ficou de folga e, por isso, fiquei muito sobrecarregado, não conseguindo desempenhar todas as ações de maneira completamente satisfatória. Não pudemos chegar aos idosos que vivem em área de difícil acesso por falta de transporte adequado, falamos com o gestor, mas não pode ajudar, esperamos que cedo este problema possa ser resolvido. Mas esta seria uma ação de extrema importância, uma vez que outras instituições, como igrejas, podem se mostrar de grande auxílio no acompanhamento dos idosos da nossa área de abrangência.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades na coleta e sistematização dos dados. Mesmo que fosse necessário um curto período de adaptação, as planilhas são de fácil utilização. O preenchimento das mesmas, tanto de coleta de dado quanto de saúde bucal, são

todas preenchidas por mim. No entanto, para que não ocorra qualquer dificuldade no processo de coleta de dados e cálculo dos indicadores, é imprescindível que as fichas-espelho sejam preenchidas de forma correta e a completude das informações seja garantida. Neste sentido, a coleta de dados em saúde bucal foi inicialmente prejudicada, devido ao não preenchimento completo das fichas-espelho pelo dentista, apesar das devidas orientações e conhecimento de todas as ferramentas necessárias para tal ação. Foi realizada uma reunião individual, na qual foi reforçada a importância de se realizar o preenchimento completo das fichas-espelho para que não houvesse qualquer resultado indevido em relação ao cálculo dos indicadores. A partir de então, não houve nenhuma dificuldade no processo de coleta de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas é completamente possível e apresenta grande viabilidade para tornar-se parte da rotina, no entanto, é preciso que todos os integrantes da equipe estejam conscientes da importância do Programa para a comunidade, bem como o envolvimento em todas as fases do processo de trabalho.

Assim, o empenho e envolvimento de todos é essencial para garantir a efetivação da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo, busca ativa dos idosos faltosos, preenchimento correto das fichas-espelho e demais ações pertencentes ao Programa.

Além disso, a secretaria municipal de saúde também tem que fornecer o apoio necessário para que a equipe consiga trabalhar de maneira adequada e familiares/responsáveis também devem assumir sua responsabilidade nos cuidados com a saúde de suas idosos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O Projeto de Intervenção foi formulado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde N-56, Manaus-Amazonas, num primeiro momento para um período de 16 semanas, posteriormente diminuindo para 12 semanas de intervenção. Para tanto, foram definidos e coletados alguns indicadores para que fosse possível a avaliação da intervenção e, com isso, adequar e melhorar continuamente o serviço oferecido pela unidade a esta população-alvo.

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

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

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

O primeiro indicador a ser analisado é a cobertura da ação. Foi estabelecida a meta de cobertura de 100%. Na área de abrangência, há uma estimativa de 261 idosos; quantitativamente, 122 idosos foram cadastrados e participaram efetivamente da intervenção, ou seja, foi atingida uma cobertura de 46.7%. No primeiro mês de intervenção, 57 idosos (21.8%) foram cadastrados e 91 (34.9%) o final do segundo mês (Figura 6).

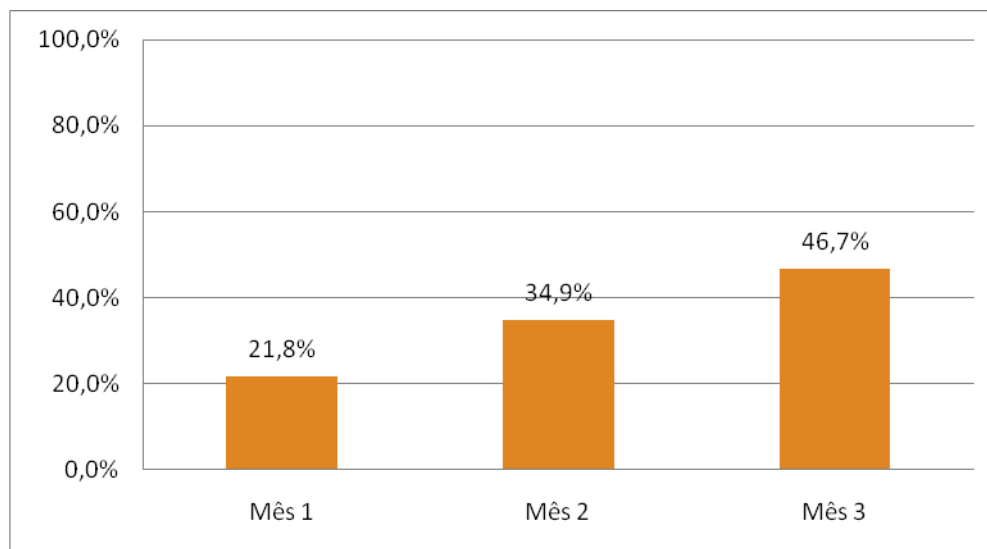


Figura 8. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS N-56 em Manaus-AM. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Dessa forma, pode-se dizer que a meta de cobertura estabelecida no projeto de intervenção não foi cumprida. Qualitativamente não alcançamos a meta porque a intervenção foi planejada para acontecer no período de 4 meses, mas para atender a recomendação do curso, a intervenção finalizou com 12 semana. Também tivemos dificuldade com o transporte adequado para chegar até os idosos que moram em lugares de difícil acesso sendo um fator importante que afeto esta meta.

No entanto, o mais importante é que a cobertura seja progressivamente ampliada até que todos os idosos da área adstrita sejam cadastrados e acompanhados. Acreditamos que com a organização do atendimento diariamente, seja possível cadastrar muitos idosos que compareçam por demanda espontânea, e priorizando o atendimento destes usuários no dia-a-dia.

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

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

Indicador 2.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

META 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

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

META 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão arterial sistêmica (HAS).

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

META 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para diabetes mellitus (DM).

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

META 2.9: Realizar Avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

META 2.10 : Realizar a primeira consulta Odontologica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Quantitativamente, felizmente, as taxas foram mantidas em 100% desde o início da intervenção, ou seja, do total de 122 idosos cadastrados durante o período da intervenção, todos tiveram essas ações realizadas.

Qualitativamente foi possível o alcance dessas metas graças ao trabalho do médico da UBS, que estava sempre levando o protocolo nas consultas, os ACS realizando as visitas domiciliares e trazendo importantes informações dos idosos até a equipe. A equipe foi capacitada para realizar uma boa avaliação pelo médico usando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Quanto aos exames laboratoriais foi muito difícil fazer com que todos os idosos que compareceram à unidade realizassem, mas no decorrer da intervenção, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos que compareciam eu solicitava os exames correspondentes, a técnica de enfermagem da unidade conhecia a importância do acompanhamento, desempenhando um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto é essencial o trabalho em equipe, ela pegava a amostra de sangue e assegurava que seria levado para a UBS mais perto para sua análise - UBS SALVIO BELOTA - se encarregou também de avisar sempre quando estavam prontos os resultados.

A utilização da farmácia popular foi potencializada, pois eu, a dentista e o enfermeiro, conhecíamos a realidade econômica da população atendida, uma vez que eu monitorei a farmácia da unidade, vendo todos os medicamentos que tínhamos disponível ou não, todos nós acordamos a prescrição dos medicamentos disponíveis na farmácia popular. Uma ação que facilitou muito a obtenção destes resultados também foi a adoção de uma lista fornecida pela técnica de farmácia com todos os medicamentos disponíveis na farmácia popular, a qual tinha vários aspectos abordados, como o nome do medicamento, o princípio ativo e o preço, funcionando como um “*check-list*” que ajudou no cumprimento dessa ação.

O cadastramento dos idosos acamados foi facilitado através da adoção da ficha-espelho de acompanhamento, a qual possui vários aspectos a serem abordados durante a consulta dos idosos, durante a intervenção cadastramos 14 idosos acamados.

Foi possível uma boa porcentagem no rastreamento dos idosos para diabetes e hipertensão, um total de 56 idosos foram diagnosticados com hipertensão e ou

diabetes mellitus, graças ao trabalho do médico, enfermeira, técnica de enfermeira e os ACS da UBS, que estavam sempre levando o protocolo nas consultas realizadas. Esta ação não apresentou inconveniente, pois houve cumprimento pela Secretaria Municipal de Saúde na realização dos exames de laboratórios apropriados e solicitados no protocolo. A secretaria de saúde, através do gestor, facilitou a realização dos exames laboratoriais para usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS, sem muita demora.

A avaliação odontológica foi uma meta que conseguimos alcançar com êxito graças à equipe de saúde bucal que tem desenvolvido um trabalho muito bom. Antes, foi combinado com o dentista sobre essa prioridade aos usuários do programa, pois a saúde bucal na unidade tem uma carga horária de 8 horas de trabalho. Já a primeira consulta odontológica apesar dos problemas encontrados, como a falta de material necessário para o desempenho do trabalho do dentista foi possível realizar a primeira consulta odontológica para todos os idosos. Graças a dentista, técnica da odontologia e pela busca ativa dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

META 3.1 Buscar 100% dos Idosos faltosos as consultas programada.

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

Para todos os idosos faltosos, durante o período da intervenção, foi feito a busca ativa, obtendo-se taxa de 100%, ou seja, todos os 7 idosos que faltaram foram buscados. Esses idosos faltaram no primeiro mês de intervenção, depois não ocorreu mais faltosos.

Qualitativamente o motivo para o bom resultado para este indicador foi a importância dada ao fato de que nenhum Idoso da área de abrangência poderia ficar sem acompanhamento. Fazia-se a busca ativa destes idosos não apenas para cumprir uma meta, mas também pela necessidade de se conhecer os motivos do seu não comparecimento que, por si só, já poderiam representar fatores de risco à saúde destes idosos. Além disso, é mais uma oportunidade de fornecer orientações às suas famílias e tentativa de aproximação deste usuário e seus responsáveis com a equipe de saúde.

Um aspecto que poderia ter influenciado os resultados inicialmente foi que os idosos faltosos não eram cadastrados, ou seja, seus respectivos cadastramentos eram realizados apenas quando compareciam na unidade, dando a impressão de que nenhum idoso havia faltado às consultas, isso durou 2 semanas e foi no início da intervenção, em que a equipe estava na etapa de ambientação. A partir de então, passei a cadastrar todos os idosos que não compareciam nas consultas agendadas, sendo seus dados de acompanhamento atualizados sempre que se apresentassem e fossem adequadamente acompanhados. Como houve uma intensificação na orientação dos responsáveis dos idosos, poucos usuários faltosos ficaram sem acompanhamento apesar da busca ativa. Havia uma idosa que se recusou a realizar acompanhamento, pois ela possuía plano de saúde. O monitoramento do acompanhamento através da ficha-espelho facilita sobremaneira a vigilância ao cumprimento das consultas conforme estabelecido pelo protocolo adotado

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

META : 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas Idosas

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

META 4.2: Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

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

Quantitativamente, 100% dos idosos cadastradas apresentavam seu registro atualizado, ou seja, 122 idosos. Qualitativamente um aspecto que influenciou na forma de interpretar tais resultados, foi o trabalho da enfermeira e técnica de enfermagem que sempre agudaram a atualizar as informações, além da capacitação da equipe sobre os registros. As cadernetas foram solicitadas em número suficiente e todos os profissionais da equipe tinham em mãos para fornecer.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da area de abrangencia

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

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

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

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

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

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

Tivemos quantitativamente 100% dos idosos avaliados nessas três metas. Qualitativamente as fichas-espelho desempenham papel importante no cumprimento de todas as ações, permitindo alcançar resultados satisfatórios dos indicadores. Deve-se estar bem atento quanto à presença de fatores de risco à saúde dos idosos, uma vez que podem ser revertidos promovendo maior qualidade de vida e reduzindo possibilidade de desfechos graves e/ou irreversíveis. A avaliação da fragilidade e rede social teve bons resultados devido a dedicação de todos os profissionais da equipe. O trabalho do médico fazendo todas as anotações, a enfermeira supervisionando o trabalho uma vez por semana, e o médico responsável do programa analisando todas as semanas os dados para colocar na Planilha de forma que não faltasse nenhum registro dos usuários fixo alcançar a meta de 100% em avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

META 6.2 : Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% Idosos.

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

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

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

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física e higiene bucal a 100% dos idosos, a qual quantitativamente foi alcançada com êxito. Qualitativamente como não contamos com a ajuda de nutricionistas, educadores físicos os médicos e a equipe de enfermagem foram os responsáveis de garantir essa tarefa, levando até a comunidade orientações precisas sobre alimentação saudável, e assim, cumprindo a meta. As fichas-espelho auxiliam no cumprimento das ações de acompanhamento, permitindo melhoria dos indicadores. A maioria dos usuários apresenta alguma queixa sobre sua saúde bucal e assim as ações educativas tiveram um ótimo apoio da comunidade, pois quando marcávamos eles estavam presente em quantidade bem representativa e interagem com o dentista, tirando várias dúvidas.

4.2 Discussão

A nossa intervenção permitiu ampliar a cobertura de atenção de saúde do idoso da área da unidade de saúde, partindo do fato que tínhamos muitos idosos não cadastrados. Os registros sobre cada idoso em separado vai permitir continuar com o acompanhamento deles ao longo do tempo. Esse aspecto também ajudou a melhorar a qualidade da atenção, porque quando um profissional diferente da unidade atende ao idoso, poderia saber como estava sendo feito o acompanhamento e o que estava pendente por fazer por meio da análise da ficha espelho preenchida.

Desde o início tivemos que fazer semana após semana a capacitação da equipe em temas diferentes relativos à saúde de idosos. Os temas abordados foram: método para ampliar a cobertura do programa de idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, como realizar exame clínico apropriado nas consultas, importância de solicitação dos exames complementares periódicos, visita domiciliar, realizar o registro das informações, busca ativa aos idosos faltosos, realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, exercício

físico para idosos, promovendo a saúde dos idosos, a prevenção de acidentes entre outros. Este aprofundamento da teoria e dos protocolos nas reuniões se deu mediante a revisão das recomendações do ministério de saúde, bem como com o compartilhamento de práticas e vivências pessoais dos colegas. Esses espaços contribuíram para a melhoria da confiança e da qualidade da atenção nos serviços atendidos, como preparo, vacinação, enfermaria e consultas médicas, porque todo mundo falava a mesma coisa e tínhamos todos os conhecimentos gerais dos temas. Isso diminuiu o tempo de espera dos idosos para receber informações que, na maioria das vezes, eram fornecidas pelo profissional médico e que agora podiam ser fornecidas por outros profissionais. Também melhorou a qualidade da atenção na sala de preparo que realizava medições cada vez melhores e seguindo as recomendações para diminuir as chances de erros, além disso, todos os profissionais passaram a conversar com os idosos sobre a importância de ler a caderneta da idosos a qual tem muitas informações para melhor acompanhamento deles

Antes do início da intervenção só tínhamos dados registrados no prontuário e cada profissional da equipe fazia seu trabalho de forma isolada. O atendimento dos idosos anteriormente era direcionado para o médico e enfermeira. Ao iniciar a intervenção, com ajuda da equipe, pudemos aumentar a qualidade da atenção dos idosos e para aqueles em situação de risco ou com consultas atrasadas, disponibilizamos mais 4 fichas diárias o que refletiu no aumento do número de idosos atendidas semanalmente. Por outro lado, fazer o registro de cada uma dos idosos melhorou também o atendimento durante as consultas de agendamento e facilitou a realização de busca ativa dos idosos que se encontravam com consultas em falta. O impacto foi fundamentalmente no tempo de espera, o qual aumentou. Esse fato gerou queixas em alguns momentos por partes dos outros usuarios que apontavam que a consulta com o médico demorava muito. Diante dessas queixas, com ajuda do técnico de enfermagem, recepção, preparo, dentista, enfermeira e médico foram realizados momentos de conversa na sala de espera, nos quais explicamos com calma que estávamos implementando uma intervenção a fim de melhorar a qualidade de saúde dos idosos, mas que esperávamos contar com a ajuda e paciência deles. As pessoas receberam muito bem nossas explicações o que facilitou muito o trabalho.

Minha equipe foi colaboradora e participativa durante toda a intervenção, se fôssemos começar novamente, faríamos do mesmo jeito. A nossa principal dificuldade é o fato de não ter possibilidade de visitar os idosos que moram em área de difícil acesso por falta de carro apropriado, mas isso não depende de nós. O que nos coube foi multiplicarmos as forças para realizar o trabalho o melhor possível. Para resolver este problema conversamos pessoalmente com o gestor e o setor de transporte da secretaria de saúde do estado, prometeram ajudar e temos confiança que sim.

A intervenção propiciou o trabalho integrado da equipe de saúde, sendo um médico, um enfermero, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um farmacêutico, uma senhora responsável pelos serviços gerais, dois agentes comunitárias de saúde, um técnico de vacinação, um odontólogo, um técnico de odontologia. A enfermeira ficou responsável pelo monitoramento das consultas conforme o protocolo e o agendamento de consultas quando necessário, o médico ficou responsável pelo atendimento clínico, participação dos grupos de idosos e visitas domiciliares, a técnica de enfermagem juntamente com os ACS ficou responsável pela organização das visitas domiciliares, a recepção ficou responsável pela organização dos prontuários e recepção dos idosos nas consultas. A odontóloga e técnica de odontologia ficaram responsáveis pelos atendimentos odontológicos dos idosos. Com certeza continuaremos com a intervenção durante o nosso atendimento de rotina até atingir a nossa meta como equipe, que é cadastrar 100% dos idosos. Os próximos passos serão: fazer outra reunião com a equipe para estabelecer metas a cada quatro meses até atingir 100% da cobertura. Aponta-se ainda a necessidade de incorporar nesta reunião os membros da comunidade para escutar suas dúvidas e sugestões, e entre todos estabelecer ações para alcançar as diferentes metas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Na UBS N-56, durante 12 semanas, no período de março a junho de 2015, foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de idosos da nossa comunidade. Essa população alvo não foi escolhida aleatoriamente, mas sim através de um estudo da situação de saúde do território, a partir disso elaborei juntamente com as idéias da equipe um projeto de intervenção. Para tal, a equipe foi capacitada para realizar uma boa avaliação pelo médico usando como embasamento teórico os manuais do Ministério da Saúde. Nossa área de abrangência tem 261 idosos, nossa intervenção resultou no cadastro de 122 idosos, que corresponde a 46.7% do total de idosos da área da abrangência da UBS N- 56 no distrito norte da cidade de Manaus, Amazonas.

Abaixo serão apresentados os indicadores trabalhados, bem como os resultados alcançados:

INDICADOR	NÚMERO (%)
Proporção da cobertura de atenção a saúde do idoso da unidade de saúde	122 (49.7%)
Proporção da avaliação multidimensional aos idosos	122 (100%)
Proporção do exame clínico apropriado aos idosos	122 (100%)
Proporção de solicitação de exames complementares periódicos	122 (100%)
Proporção de priorizaçãoda prescrição de medicamentos da farmácia popular para os idosos	122 (100%)
Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção	13 (8%)

Proporção da visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção	13 (100%)
Proporção de idosos com hipertensão arterial sistêmica	56 (100%)
Proporção de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial rastreados para diabetes mellitus.	56 (100%)
Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	122 (100%)
Proporção da primeira consulta odontológica para os idosos	122 (100%)
Proporção da busca ativa dos idosos faltosos às consultas	7 (100%)
Proporção da distribuição da caderneta de saúde do idoso para os idosos	122 (100%)
Proporção de idosos rastreados para risco de morbimortalidade	122 (100%)
Proporção de investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice	122 (100%)
Proporção de idosos que receberem orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis	122 (100%)
Proporção de idosos que receberam orientação para a prática regular de atividade física.	122 (100%)
Proporção de idosos com avaliação da rede social	122 (100%)
Proporção de idosos que receberem orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de prótese dentárias).	122 (100%)

Figura 9 – Planilha de acompanhamento dos idosos na UBS N-56, Manaus –AM

Como pode ver a cobertura estabelecida no projeto de intervenção não foi cumprida. Qualitativamente não alcançamos a meta porque a intervenção foi planejada para acontecer no período de 4 meses, mas para atender a recomendação do curso, a intervenção finalizou com 12 semanas. Também tivemos dificuldade com o transporte adequado para chegar até os idosos que moram em lugares de difícil acesso sendo um fator importante que afetou esta meta. No entanto, o mais importante é que a cobertura seja progressivamente ampliada até que todos os idosos da área adstrita sejam cadastrados e acompanhados. Acreditamos que

com a organização do atendimento diariamente, seja possível cadastrar muitos idosos que compareçam por demanda espontânea, e priorizando o atendimento destes usuários no dia-a-dia.

Tivemos o apoio da chefe do distrito norte em providenciar a reprodução das fichas espelho, as quais foram impressas no distrito, isso contribuiu com a melhoria do registro durante a intervenção.

Quanto aos exames foi muito difícil fazer com que todos os idosos que compareceram à unidade realizassem os exames, mas no decorrer da intervenção, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos que compareciam eu solicitava os exames correspondentes, a técnica de enfermagem da unidade conhecia a importância do acompanhamento, desempenhando um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto é essencial o trabalho em equipe.

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável em 100% dos Idosos. Qualitativamente como não contamos com a ajuda de nutricionistas, educadores físicos os médicos e a equipe de enfermagem foram os responsáveis de garantir essa tarefa, levando até a comunidade orientações precisas sobre alimentação saudável, e assim, cumprindo a meta. Entretanto, apesar dessas circunstâncias, foi possível fazer um bom trabalho e causar mudança na vida das pessoas, que foi uma das metas da nossa intervenção, com certeza conseguimos atingir.

Continuaremos com a intervenção durante o nosso atendimento de rotina e assim iremos alcançar com o tempo todos os idosos.

Quero aproveitar este momento para agradecer pelo apoio recebido e também aproveitar para solicitar um meio de transporte adequado para poder visitar os idosos que moram em zonas de difícil acesso da nossa comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara comunidade usuária da ESF N-56,

A equipe de saúde elaborou um projeto de intervenção que foi executado no período março a junho 2015, totalizando 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de idosos da nossa comunidade. Essa intervenção marcou o início de melhoras significativas na qualidade de atenção em saúde dos idosos. Foram realizadas muitas atividades de educação em saúde, com o objetivo de compartilhar conhecimento com a comunidade, bem como conhecer suas dúvidas, preocupações, culturas, experiências, costumes, hábitos de higiene, hábitos alimentares, atividades esportivas, situação econômica e de trabalho. Essa aproximação propiciou informações para os profissionais de saúde que passaram a desenvolver suas condutas de forma mais adequada à realidade de vida de cada um, tendo em vista que diferentes grupos familiares vivem em nossa comunidade. A equipe de saúde aproveitou as reuniões de equipe realizadas semanalmente para se capacitar e melhor atender vocês.

A intervenção resultou no cadastro de 122 idosos, que corresponde a 46.7% do total de idosos na área de abrangência da comunidade de UBS N-56 no distrito norte da cidade de Manaus, Amazonas. Foram atingidas 100% das metas de Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, realizar avaliação multidimensional rápido dos idosos, exame clínico apropriado, solicitação de exames, cadastramento dos idosos acamados, visitamos todos dos idosos acamados, rastreamos os idosos com pressão arterial sistêmica, realizamos a primeira consulta odontológica, buscamos todos os idosos faltosos, mapeamos os idosos com risco da área nossa área e realizamos os registros adequados, tudo foi alcançado graças a toda equipe de trabalho de UBS N-56 e vocês que sempre

colaboraram em levar-nos onde moram alguns idosos, assim como participando das reuniões.

A intervenção de saúde dos idosos vai continuar mesmo após do término das 12 semanas previstas. O apoio da população na continuidade das ações vai ser fundamental para conseguir encontrar todos os idosos da nossa área. Busca-se realizar mais ações informativas em diferentes dias da semana na escola da comunidade para orientar os idosos ou seus familiares sobre atividades para uma vida saudável. Assim como continuar fazendo as atividades de educação em saúde na área de espera da unidade pelo menos duas vezes por semanas com o fim de manter informados a nossos usuários.

É fundamental que vocês saibam e sintam que são fundamentais para o sucesso do nosso trabalho como profissionais de saúde, já que são “o motor de nossa unidade”. Os cidadãos devem ter uma participação ativa, já que vocês tem o direito e a capacidade de tomar decisões sobre sua saúde. Juntos somos mais fortes e podemos multiplicar os recursos para garantir a eficiência do sistema de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A melhoria da qualidade alcançada por um processo de aprendizagem foi um desafio permanente e que envolveu o trabalho de todos nós funcionários (as) e comunidade. Nessa caminhada, foram muitas ações que podemos desenvolver e que, com a participação e engajamento de todos, podem se tornar instrumentos fundamentais para a transformação da realidade de nossas comunidades.

Com o envolvimento de todos nesse processo, certamente tivemos condições ainda melhores para o compartilhamento dos conteúdos, enriquecendo o trabalho dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, o processo de aprendizagem da comunidade.

No princípio, a intervenção foi devagar, estressante e com muitas incertezas, mas depois tudo foi se acomodando. Foi muito gratificante realizar visitas domiciliares e conhecer a realidade dos nossos usuários, que precisam muito da nossa atenção. Graças ao trabalho que fizemos com a equipe e com os idosos são mudanças que vão repercutir na qualidade de vida deles. Com o passar do tempo creio que irão causar melhorias permanentes na percepção e execução das ações em saúde não só no programa de saúde de idosos, mas também em outros programas que precisam ser abordados.

Certamente nossas expectativas iniciais foram muito além do que conseguimos. O fato de não termos conseguido alcançar a nossa meta de cobertura, não nos desapontou, porque sabemos das nossas limitações, mas temos a vontade de continuar o trabalho e alcançar 100% dos idosos da unidade. Mas importante foi conseguir 100% na maioria das metas que dependeram de nosso trabalho nas consultas de atendimento e acompanhamento.

A organização das atividades de educação em saúde e reuniões com a equipe apontou a relevância dos diversos saberes e conjuntos de conhecimentos e seus respectivos conteúdo. Sendo assim, é fundamental a compreensão de que as

diferentes profissões se expressaram de acordo com suas peculiaridades que as definem e complementam.

O que pessoalmente me deixou muito satisfeito foi o fato de adquirir mais experiência no acompanhamento de pessoas idosas, já que geralmente tinha mais contato com mulheres a partir da atenção ginecológica e obstétrica. Então, escolher esta intervenção foi desafiante, mas com o passar do tempo foi ficando cada vez mais fácil nas consultas, fazer as diferentes indicações.

Os casos clínicos foram uns das coisas que mais gosto neste curso, foram muito nutrentes para mim e os estudos clínicos que me ajudaram a atualizar um pouco mais e recordar algumas coisas que havia esquecido. O fórum ao princípio gostava bastante, mas depois me atrasei com a intervenção, do fórum terminei sendo um pesadelo para mim e preferi não participar quase no fórum, mas o fórum é muito importante e ajuda a aclarar dúvidas. O teste de qualificação clínica foi importante e interessante.

Recomendo a este curso a qualquer pessoa que quer aprender, me dei conta que a saúde da família é a base de uma Boa prática médica.

Nessa perspectiva, a aprendizagem servirá como mais um subsídio ao trabalho, podendo ser utilizadas como referencial, tanto para o planejamento das consultas, quanto para o acompanhamento do programa.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante