

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 7**



**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da UBS Maria de Jesus de
Andrade, Rio Branco/AC**

Belkis Caridad Bacas Hernández

Pelotas, 2015

Belkis Caridad Bacas Hernández

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da UBS Maria de Jesus de
Andrade, Rio Branco/AC**

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

Orientador: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

H557m Hernandez, Belkis Caridad Bacas

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da UBS Maria de Jesus de Andrade, Rio Branco/AC / Belkis Caridad Bacas Hernandez; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

109 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. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II.Título.

CDD : 362.14

A meus filhos Johanna e Jonathan, minha maior motivação para viver.

Agradecimentos

Para meu esposo, Julio Cesar que sempre respeita e entende com amor minha paixão pela medicina.

Para minha mãe, que me incentiva a fazer para os outros o mesmo que faço como se fosse para mim mesma.

A Simone e Dayana, orientadoras deste estudo, pela paciência e exigência constante de perfeição.

Às Equipes de Saúde da UBS Maria de Jesus, pelo apoio incondicional de todos os seus membros.

A meu país, Cuba por confiar em mim e ao Brasil por dar-me a oportunidade de ajudar a população do bairro Taquari.

Pero mais que todo

Aos doutores: Yoelkis, Alaide, Belkis, Beisabet, Yandre, Alberto, Ernesto, Roxana, Jose M. China, Yosvani, Pedro, Aurora, Maray: todos do Programa Mais Médico no Rio Branco/Acre pela amizade, companheirismo, amor pelo que fazemos e a força em não abandonar e terminar esta especialização.

Resumo

BACAS, Hernandez Belkis. **Melhoria da atenção à saúde do idoso da UBS Maria de Jesus de Andrade, Rio Branco/AC.** 2015. 109 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O presente estudo tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada os idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade no município Rio Branco do estado Acre. Escolhe-se para esta intervenção a saúde dos idosos, por ser um dos grupos mais sensíveis quanto às doenças, porém os resultados podem ser visualizados. O estudo foi realizado durante três meses, começando o dia 19 de fevereiro até 9 de maio (para efeito da coleta de dados), é de caráter interventivo, descritivo e de corte quantitativo e qualitativo onde se propõe um conjunto de objetivos específicos que abarcam a cobertura do programa, qualidade de atendimento, adesão e promoção de saúde dos idosos, para os quais se elaboram metas com as suas respectivas ações desenvolvidas, implementadas e executadas em todos os aspectos como organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, com seus respectivos indicadores que permitiram o monitoramento das metas. Os dados mais relevantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde dos idosos; pois conseguiu-se cadastrar e avaliar a totalidade dos mesmos, 200 (100%) idosos, fornecendo-se orientações educativas de prevenção e promoção de saúde a todos eles e como dado importante, e também aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, aumentando assim os indicadores de estado de saúde como: Avaliação Multidimensional Rápida de idosos. Constatou-se que esta intervenção trouxe benefícios para a comunidade, não somente para aqueles idosos vinculados ao projeto, também para a população em geral, pois ganharam em conhecimento sobre saúde e em consciência sobre a importância do acompanhamento dos idosos, também trouxe um grande impacto sobre o serviço, ganhando-se em organização dos processos de trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde dos idosos e numa maior credibilidade por parte da comunidade. Foi muito importante para a equipe de saúde de nossa unidade por que se aprendeu a trabalhar unido, definindo lideranças e devido aos excelentes resultados obtidos, se mantém esta estrutura incorporada à rotina de atendimento da unidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde da Pessoa Idosa; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	69
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	71
Figura 3	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	72
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar..	74
Figura 5	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	75
Figura 6	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	76
Figura 7	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	77
Figura 8	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	79
Figura 9 e 10	Equipe de Saúde Taquari I, e Todos têm suas atribuições profissionais definidas	95
Figura 11, 12 e 13	Atendimento em áreas isoladas pela alagação	96
Figura 14 e 15	Atendimento em áreas isoladas pela alagação, e Curativo de Idosa Dependente Química	97
Figura 16	Visita domiciliar a idosa com problemas de locomoção	98
Figura 17	Assistência domiciliar a idoso por meio da visita do ACS	99
Figura 18 e 19	Os atendimentos são onde precisa (idoso diabético) e, Reuniões semanais de planejamento do trabalho e capacitação.	100
Figura 20 e 21	Ações com Grupo de Idosos (Palestras e Cadastramento)	101
Figura 22 e 23	Ações com Grupo de Idosos (Cadastramento, Festa e dança - terapia)	102
Figura 24 e 25	Ações com Grupo de Idosos (festa e dança - terapia)	103
Figura 26 e 27	Ações com Grupo de Idosos e Os líderes coordenadores das Ações com Grupo de Idosos (Passeio pelo zoológico)	104

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde Familiar
HTS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental
LACEN	Laboratório Central
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
URAP	Unidade de Referência de Atenção Especializada
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
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.....	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	55
2.3.3 Logística.....	59
2.3.4 Cronograma	62
3 Relatório da Intervenção.....	64
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	64
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	71
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	71
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	71
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão.....	86
5 Relatório da intervenção para gestores	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências	97
Apêndices.....	98
Anexos	109

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas.

Este volume abrange no capítulo um o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS, assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. No capítulo dois é apresentado o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação dos idosos e elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. Utilizamos os quatro eixos disponibilizados (Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público, Qualificação da Prática Clínica) pela Universidade de Pelota- Especialização em Saúde da Família No terceiro capítulo é apresentada o relatório da intervenção que durou 12 semanas e assim chegamos ao quarto capítulo com os resultados, discussão, relatório para o gestor e comunidade. Por fim, temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem. E ultima seção é as referencias e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na UBS Maria de Jesus de Andrade, por muito tempo, trabalharam duas equipes de saúde, administrados por uma enfermeira e um médico, mas agora contamos com uma recepção adequada para mais de 50 pessoas, sala de reuniões, três consultórios médicos, um consultório odontológico, dois consultórios para enfermarias com banheiros, temos sala de vacinas, de curativos, de nebulização, farmácia adequada para um ótimo funcionamento. Contamos também com cinco banheiros, dois para funcionários e três para usuários, adequado para pessoas portadoras de deficiências físicas. Temos uma copa, sala para depósito para material de limpeza, lavagem e descontaminação de material e almoxarifado. As janelas são grandes e permitem a ventilação indireta que possibilitam a circulação de ar em todos os espaços, tem iluminação natural e iluminação artificial. Todas as paredes e pisos são lisas, lavável. Os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e antiderrapante. As portas estão revestidas de material lavável, as janelas são de alumínio e vidro, os armários são de superfície lisa de fácil limpeza. Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação a traves dos textos. Temos também equipamento e instrumentais suficientes e em condições satisfatórias.

Os prontuários são arquivados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não tem sala para (ACS), mas estes fazem seu trabalho na sala de reuniões com muita alegria e harmonia. Contudo, tem uma adequada estrutura física que não limita os atendimentos. Só não temos internet, nem temos prontuários eletrônicos. Trabalhamos com as fichas individuais e prontuários onde se preenchem os dados no momento da consulta, o ideal seria registrar em um programa informático e alimentar o SUS pela internet. Não temos laboratório clínico não está definida pelo

Ministério de Saúde nesta unidade, mas a referência e contra referência para esse serviço funciona bem, fica perto de outra unidade que tem e faz as análises que precisam e não demora na entrega de exames. A manutenção e reposição dos equipamentos são feitos através dos gestores municipais periodicamente, todos os meses, ao igual os pedidos e abastecimento de materiais, insumos, medicamentos e as vacinas, que faz a enfermeira e auxiliar administrativa em dependência das necessidades do posto.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade fica no município de Rio Branco, estado do Acre. Este município tem uma população de 357.194 habitantes, para os quais oferece atendimentos de saúde em 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com suas respectivas Equipes de Saúde Familiar (ESF), além disso, consta com 13 Unidades Básicas Tradicionais e dispõe de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município também dispõe de três centros: o Centro de Apoio Diagnóstico (CAD) no centro, o CAD Imagem 2 Distrito e o Laboratório Central (LACEN) para à disponibilidade de exames complementares e um Centro de Especialidade em Odontologia (CEO) no Centro de Saúde Cláudia Vitorino, que oferece atenção odontológica especializada a toda a população do município. Em relação à disponibilidade de serviço hospitalar, o município conta com um Hospital de Saúde Mental (HOSMAC), O Hospital Geral de Clínicas, o Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana (Maternidade). Os dados foram conferidos por SEMSA 2014.

Esta unidade com modelo de atenção de ESF tradicional fica no Segundo Distrito do município. A área coberta pela unidade de saúde Maria de Jesus de Andrade é muito extensa e tem o rio Acre que atravessa o bairro, portanto há grandes dificuldades relativas ao acesso a determinadas áreas; mesmo assim; tem ótima vinculação com o SUS e todas as instituições do município. Atende toda a população do bairro – urbano Taquari. A população deste bairro é carente e tem mistura entre costumes de área urbana e rural e como fica próximo ao rio Acre que alaga todos os anos em fevereiro e março, doenças como: Leptospirose, Dengue, Hepatites são muito frequentes. A unidade é nova, tem uma ótima estrutura. Há ano

ficava em uma antiga casa que apresentava sérios problemas estruturais que afetavam diretamente a qualidade da assistência, com três cômodos e um banheiro.

A unidade tem dois turnos de atendimento de segunda-feira à sexta-feira. De manhã, as três equipes fazem atendimento de demanda espontânea (sempre alta, já que atendemos muitos de outros bairros e municípios pela posição estratégica do bairro) e a tarde as consultas agendadas de grupos priorizados: Diabéticos, Hipertensos, Crianças, Gestantes, Idosos e as visitas domiciliares. Estratégias que são utilizadas para superar esta alta demandam espontâneas e que pouco a pouco está dando bons resultados.

Temos uma área geográfica de abrangência dividida em três áreas, bem definida e conhecida pela população e pelos funcionários de saúde do município como: Taquari I, Taquari II, Taquari III, cada uma atendida por uma Equipe de Saúde, são 3 equipes: 3 médicos, 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem e 21 ACS para igual quantidade de micro áreas e uma população total de 12.000 habitantes. A população de minha área adstrita é 3200 habitantes ainda tem população sem cadastrar, quando terminar o cadastramento, então chegaremos a 3300 de população total, os dados conferidos neste ponto foram colocados pela SEMSA (2014), que se corresponde com o preconizado pelo Ministério de Saúde (1 equipe faça a cobertura de 3000 a 4000 pessoas). A distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS fica de acordo com a distribuição brasileira: 1351 mulheres e 1849 homes.

Quanto a estrutura física da unidade, como já foi descrita anteriormente, ela é adequada para os atendimentos, é bem ventilada e iluminada. Existe uma recepção ampla, uma sala de reuniões que também é a sala dos ACS, seis salas para consultórios, sendo que duas delas possuem banheiro, temos sala de vacinas, de curativos, de nebulização e farmácia. A unidade possui cinco banheiros sendo que três são somente para uso dos usuários e são adaptados. A unidade também possui uma cozinha onde realizamos nossos lanches, sala para depósito de material de limpeza, lavagem e descontaminação de material e almoxarifado.

Quanto ao tipo de revestimento as paredes e pisos e portas são lisas e laváveis. Os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e antiderrapante. Existe sinalização visual dos ambientes. Temos também equipamento e instrumentais suficientes e em condições satisfatórias.

Todos na unidade têm bem definidos suas atribuições como profissionais em cada equipe de saúde da família. São profissionais inseridos na saúde pública há muitos anos, trabalham juntos há muito tempo, são amigos, mas têm bem definidos o que é amizade e o que é trabalho, além do respeito e sentido de pertinência. Juntos participam em todas as tarefas e ações desenvolvidas pela USF. Não tem atribuições que as equipe não consegue atender e não tem limitações na atenção à saúde da população. Não temos farmacêutico nem recepcionista, mas não temos dificuldade no funcionamento, todos trabalham e fazem o possível para que funcione bem. Além disso, a maioria dos ACS e funcionários utiliza o seu transporte pessoal para fazer as visitas domiciliares porque não temos transporte disponível na unidade, nem ambulância, mas quando precisa ela é acionada. Não temos dentista, o que afeta muito a população que tem que ir a outras unidades ou temos que agendar atendimentos para os grupos priorizados, mas não dá para cobrir a alta demanda. Além das duas auxiliares da limpeza, não trabalham outras pessoas na unidade.

Fazemos todas às sextas-feiras reuniões para planejar nosso trabalho. Todos os que trabalhamos no USF (médico, enfermeiro técnico / auxiliar de enfermagem e ACS) participam dessa reunião e são debatidos geralmente todos os assuntos que tem relação com o bom funcionamento da unidade: da identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.) e busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes. Sempre falando sobre o que precisa mudar e sobre como vai agir para promover a mudança.

Os cuidados em saúde à população da área de abrangência realizam onde se precise: no domicílio, nas escolas, na associação de bairro / comunitária, em igrejas ou outro espaços comunitários e existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar (curativo, nebulização, orientações, educação e cuidados de saúde, acompanhamento de problema de saúde: aferição de pressão, consulta médica, consulta de enfermagem, ou de outro profissional de saúde, vacinação ou entregar medicamentos e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Realizamos atendimentos de urgências/emergências que depois são encaminhados

a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência.

Temos 62 crianças na área. As crianças cadastradas são 56 (90 %) tem consultas em dia de acordo com o caderno de ações programáticas, os demais indicadores ficam em 100 % (Teste do pezinho até sete dias, Monitoramento do crescimento na última consulta, Monitoramento do desenvolvimento na última consulta, Vacinas em dia, Orientação para aleitamento materno exclusivo). Acredito que tenhamos um sub-registro, pois temos um cadastro não atualizado, incompleto das crianças problema que temos que trabalhar. O serviço adota o protocolo ou manual técnico preconizado pelo ministério, mas temos que incrementar os registros específicos e o monitoramento regular das ações. Os aspectos positivos são muitas ações e atividades de educação em saúde com as crianças, temos o grupo criado, que pouco a pouco novas crianças vai incorporando-se, os diferentes membros da equipe de saúde também participam.

O pré-natal é executado e acompanhado pelas enfermeiras e os médicos, conforme o Protocolo do Ministério da Saúde. Atualmente, temos cadastradas e registradas 34 gestantes (71%) de cobertura pré-natal, mas todos esforçam se na qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na minha UBS. Fazemos acompanhamento das gestantes e puérperas: têm todos os exames acordo o estabelecido nos protocolos, faz ações com grupos de grávida, temos os grupos criados, tem as vacinas atualizadas. Ficamos atentos às consultas agendadas com odontólogo em outras unidades. Como aspectos positivos temos o trabalho nos grupos (se reúne cada 3 meses e todas são convidadas a participar) com a prevenção da gravidez e a investigação de mulheres com doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Incentiva-se o planejamento familiar, evitando a gravidez em adolescentes, oferecendo anticonceptivos e testagem das doenças de transmissão sexual, o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; o uso de medicações na gestação; identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; também os cuidados com o recém-nascido.

As puérperas são avaliadas nas primeiras semanas do parto e monitoradas sempre pelos ACS. Muitas já são conhecidas por acompanhamento pré-natal na

unidade e logo da alta do hospital tem que ir à mesma semana a consulta. Temos 64 puérperas (100%) da cobertura de Puerpério na área pela UBS. Isso se deve a nossos agentes de saúde a maioria trabalha a mais 10 anos em esta população e dominam completamente sua área de abrangência. Porém, 100% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto mesmo que az vezes elas partem para onde mora a sua família nos primeiros dias do bebê. Todas as puérperas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo sobre planejamento familiar e todas foram examinadas as mamas, abdome, estado psíquico e ginecológico.

Atualmente temos uma cobertura 60 % do programa de prevenção de câncer colo de útero (408) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do Câncer de Colo de Útero na UBS, por isso nossa equipe desenhou uma estratégia que implica a todos, onde cada membro tem um papel ativo para que o programa se desenvolva satisfatoriamente. Os ACS em suas visitas fazem pesquisas das mulheres que não tem feito preventivo em 3 anos, identificam aquelas que precisam por sua idade de realizar este pela primeira vez, falam da importância do mesmo para um diagnóstico oportuno de qualquer doença que afeta o colo de útero, desde um processo inflamatório, a uma doença de transmissão sexual até um carcinoma. A enfermeira faz preventivo, tanto os que correspondam àquelas mulheres por programa como às que solicitam e o médico como parte da rotina de atendimento ginecológico, deve realizar exame, colocando espéculo naquelas mulheres que chegam à consulta com sintomatologia ginecológica. Além disso, podemos utilizar estratégias para não perder o acompanhamento de mulheres com exame alterado, como as visitas domiciliares para lembrar à paciente que precisa de acompanhamento e explicar as consequências que pode ocasionar uma recidiva, fazer reuniões familiares com aquelas usuários que faltam reiteradamente ou se negam a continuar com o acompanhamento, atualizar diariamente o registro de exame positivo.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama somente 23 mulheres de nosso município realizaram a mamografia este ano. Temos pendente a realização de 24 mamografias, que já possuem encaminhamento, mas como não é realizado em

nossa UBS dependem de mamógrafos que tem outras unidades. Não se cumpre com o total estimado, porque faltam insumos para realiza-los. Aquelas mulheres com resultados alterados são encaminhadas para o especialista e às vezes se perde a continuidade do registro. Enquanto à avaliação do risco e as orientações sobre prevenção do câncer de mamas estão presentes em mais dos 90% dos prontuários revisados. Acho que a cobertura de Controle do Câncer de Mama ainda é baixa 65 (40%) mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, mas com o trabalho que nossa equipe vai melhorar cada dia mais. A saúde da mulher às vezes é descuidada, pois as responsabilidades que elas têm nas famílias e seus papéis nesta fazem que ela se esqueça dos aspectos relacionados ao autocuidado. Entra aí nossa responsabilidade para com a saúde, em fazer um trabalho de promoção de saúde, que é base da medicina familiar, a consciência em todos os níveis; individual, coletivo, em visitas domiciliais, em palestras, fazendo o exame das mamas em todas as mulheres que vão à consulta independentemente da doença que tiver como parte do exame físico geral, explicando as técnicas do autoexame das mamas a todas as mulheres independentemente da idade. Para não perder o acompanhamento de mulheres com exame alterado, poderíamos confeccionar um registro como aquele que usamos para PCCU positivo aonde se registraria os dados pessoais da paciente, a data do diagnóstico, a patologia diagnosticada, a frequência do acompanhamento seguimento e revisar, semanalmente, na reunião da equipe e dar como tarefa aos ACS, o agendamento das usuários para a sua avaliação.

Em relação à Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), temos somente 272 (48%) de cobertura de hipertensão e 124 (77%) de cobertura de diabéticos. A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é quase igual nas duas doenças, 103 (38%) e 105 (85%). Temos 87 (70 %) de atraso nas consultas, mas o serviço adota o protocolo ou manual técnico preconizado pelo Ministério de Saúde, contamos com um registro específico dos doentes e realizamos o monitoramento regular das ações planejadas pelas equipes, ações que sempre se faz juntas as três equipes, todos falam de prevenção e todos os usuários são examinados nas consultas. A consulta é integral, exame físico total sem esquecer a palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, nem da sensibilidade dos pés. As consultas são agendadas a cada 3 meses. Com relação à HAS, utilizamos para a

análise, fundamentalmente, os prontuários dos usuários registrados com atendimento em nossa unidade de saúde neste ano. Considero que ainda falta aprofundar na pesquisa da população, que não conhecem que são hipertensos ou diabéticos e fazer o cadastramento adequado da população para identificar os usuários de risco para esta doença, ajudar à população na identificação dos sintomas e sinais que sugerem o seu desenvolvimento. A estratégia é primeiro informar à população (tanto de forma individual como coletiva) sobre os fatores de risco, os sintomas mais frequentes que se apresentam nessa doença e a tomada de pressão arterial a todo paciente de mais de 20 anos que chega a consulta por qualquer motivo.

Em relação à Diabetes Mellitus, de acordo com as estimativas do Brasil, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece não adequada a nossa realidade. A equipe tomou como estratégia que aos usuários de mais de 20 anos com antecedentes familiares de Diabetes Mellitus se indica ao menos, uma Glicemia ao ano, aos usuários que chegam ao posto com alguma sintomatologia sugestiva desta doença é feita uma glicemia capilar e desse jeito vamos identificando e diagnosticando casos novos. Enquanto à cobertura de Diabetes Mellitus encontrada eu avalio de positiva, mas temos que aprofundar no diagnóstico e cadastro de mais usuários com fatores de risco potencialmente modificáveis.

A nossa unidade faz atendimento a idosos todos os dias da semana, estes sempre têm prioridade e bom acolhimento. Adotamos o estabelecido nos protocolos ou manual técnico de Atenção às pessoas idosos no Brasil. A cobertura é 156 (76%). A consulta é com muita paciência, escutando o que falam os idosos primeiro e depois o que falam os acompanhantes familiares. O exame físico é completo, sempre explorando a memória, a escuta, os movimentos. São convidados a participar das atividades com os idosos para que dançam e falem com outros que tem a mesma idade, falamos do câncer de boca, de mama, de útero e tudo o que se pode prevenir, além de qualquer doença crônica que já podem ter. Fazemos a Avaliação Multidimensional Rápida em 78 (50%) dos idosos e a Avaliação de risco para morbimortalidade em 42 (27%). Ficamos atentos a doenças que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a

comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. Temos que captar mais idosos para as consultas.

Na área da saúde bucal, temos desfalques, pois a odontóloga pegou afastamento por apresentar problemas de saúde. Temos uma excelente sala de odontologia bem aparelhada, no entanto falta o profissional. Neste caso a única solução é encaminhar o paciente para o centro de saúde, onde a condições para ofertar tal serviço. Isso acontece através de um agendamento feito pela auxiliar administrativa, que passa o nome do paciente ao centro, que por sua vez define a data do atendimento que chega ao usuário através do ACS.

Os melhores recursos que tem a USF são a ótima estrutura física e que esta equipada com todos os equipamentos que tem as Unidades de Saúde da Família, a unidade dos profissionais que trabalham há muito tempo na UBS, os conhecimentos que tem de suas atribuições e de saúde familiar, somente precisam de orientação e guia, às vezes para fazer as ações necessárias para que o bairro mude todos os dias com o esforço de todos os fatores, é a saúde da população melhora e acredito que todos os dias muito mais.

A participação de forma ativa da população, políticos, conselho do bairro e governo e os maiores desafios: ter um odontólogo na unidade e fazer mudanças no bairro para evitar que alague e as doenças que trazem os alagamentos. Mesmo assim, começamos numa casa adaptada com mínimas condições e agora temos uma nova unidade, somos três equipes, tempo atrás duas incompletas e os atendimentos aumentaram, mas também a qualidades desses atendimentos. O bairro muda todos os dias com o esforço de todos os fatores, a saúde da população melhora e acredito que todos os dias muito mais.

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

Fazendo uma avaliação sobre este tempo que levamos em nossa UBS e aplicando todos os conhecimentos que temos adquirido na especialização, acredito que nossa Unidade em geral e minha Equipe de Saúde realmente experimentaram um crescimento positivo, porque temos levado uma visão de trabalho em equipe, logrando um pensamento na medicina comunitária, diferenciando as UBS da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e do URAP (unidade de Referencias de Atenção

Primária). Com isso, aumentou o seguimento aos grupos prioritários, já que começou o agendamento das consultas programadas, com a programação de dias de consulta para os diferentes grupos como Gestantes, Idosos, Crianças, Hipertensos e Diabéticos e nossa população chegou a compreender que as estratégias de saúde estavam mudando para bem dos usuários.

Já não é preciso acordar cedo para ter uma consulta na UBS porque com os agendamentos de consultas e dias programados para consulta por grupos priorizados isso ficou resolvido, também conseguimos maior vinculação dos agentes comunitários com sua população cadastrada. Eles estão dominando agora mais a problemática de saúde de suas micro áreas, aumentou o número e qualidade das visitas domiciliares realizadas porque agora estamos chegando onde realmente se precisa de nosso atendimento, pessoas carentes que nunca em sua vida chegou um médico. Acredito que o maior ganho de minha equipe de saúde foi conseguir que todos conhecessem a importância do trabalho em equipe. Outro avanço importante foi o planejamento do trabalho, pois as reuniões de equipe não foram uma formalidade mais, mas sim um espaço para discutir, coordenar, sugerir, trazer estratégias, além de avaliar o que está acontecendo em nossa UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Os próximos 20 anos a tendência global é aumento da população mundial de 6 a 8 bilhões de habitante, sendo destes 13,7% de idosos. No Brasil, estima-se que atualmente cerca de 17,6 milhões de habitantes sejam idosos, e para o ano de 2050, a expectativa, é de que existam mais idosos que crianças abaixo de 15 anos (BRASIL, 2010). Sendo assim, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2010). O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2010)

A Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade localizada no município de Rio Branco/ Acre, tem uma ótima estrutura, recursos materiais, equipamentos, insumos suficientes e necessários para o adequado funcionamento e acesso da população. Trata-se de uma unidade grande, nova, que tem sala de espera ampla, com cadeiras para 60 pessoas e com ar condicionado, farmácia, sala de curativos, sala de vacinas, uma copa, três consultórios médicos e dois consultórios de enfermagem, seis banheiros com condições adequadas para descapacitados e uma sala de reunião; um consultório odontológico com três equipes odontológico; um almoxarifado e uma sala de esterilização. Na unidade

trabalham três equipes compostas por um médico clínico geral, sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma auxiliar de serviços gerais. Não há odontólogo na unidade.

A população total da UBS é de 12.000 habitantes, divididos para três equipes de saúde. A equipe da qual faço parte atende um total de 3100 usuários em sua área de abrangência. Nesta população total tem cadastrados 156 pessoas idosas, o que representa 76% de um total estimado de 200 de idosos. Todos os idosos atendidos possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Destes, 57% (89) tem hipertensão arterial sistêmica, 44% (69) são diabéticos, 27% (42) tem risco para morbimortalidade, 50% (78) tem realizado a avaliação multidimensional rápida e 57% dos cadastrados tem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas. Não conhecemos a porcentagem de investigação de indicadores de fragilização na velhice nem a avaliação de saúde bucal por falta de dados registrados e falta de profissionais, porém são indicadores a melhorar em nosso estudo.

A atenção da população idosa nesta Unidade de Saúde tem uma realidade bem perto do exigido (Anderson, 2005), fazemos atividades de promoção de saúde todos os meses e temos atendimento priorizado nas consultas e visitas domiciliares. Precisamos aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos, já que foi muito difícil a coleta da informação, pois ainda temos micro áreas sem agentes comunitários e utilizamos somente os prontuários nesta coleta e os registros de trabalho diário. Enfrentaremos como maior dificuldade a avaliação da saúde bucal, pois não temos odontólogo, o que está em correspondência com o grande problema que apresenta nosso município em relação ao atendimento odontológico. A equipe está envolvida para resolver estes problemas, coordenando atendimento em unidades vizinhas, trabalhando todos no cadastramento, na assistência domiciliar da população idosa e avaliação da participação dos profissionais em sua atenção.

O sucesso dessa proposta depende do envolvimento e engajamento de todos a fim de dar conta dos objetivos e metas, através do conjunto de ações propostas. Este projeto pretende melhorar a qualidade dos cuidados em saúde ofertados as pessoas idosas pertencentes à área de abrangência da USF, através de ações através das quais esperamos incrementar a cobertura e aspectos diversos

relacionados à qualidade do serviço, sobretudo através das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade no município Rio Branco do estado Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade

Meta 1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Metas relativas ao Objetivo 2 - Melhorar a Qualidade da atenção à ação programática.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 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.

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 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.

Metas relativas ao Objetivo 3 - Melhorar a Adesão à ação programática.

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

Metas relativas ao Objetivo 4 - Melhorar o Registro da ação programática.

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.

Metas relativas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da população-alvo da ação programática.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (atual 24%).

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

Metas relativas ao Objetivo 6 - Promoção de saúde.

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 100% idosos.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas porem depois foi orientado ajusta-la em 12 semanas , desde o dia 19

de fevereiro até 9 de maio (para efeito da coleta de dados), na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria de Jesus de Andrade, no município de Rio Branco do estado do Acre. Participarão da intervenção todos os idosos (maiores de 60 anos) pertencentes à área de abrangência e cadastradas no programa de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Será utilizado o protocolo o Protocolo de Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2010.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade.

Meta 1 Cadastrar 100% dos Idosos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Para este eixo, o médico, a enfermeira e os ACS farão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários idosos que fazem acompanhamento e aqueles que ainda precisam se cadastrar. Através também da realização das visitas domiciliares se pode fazer a pesquisa e avaliação dos usuários idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Acolher os idosos.

Detalhamento: As consultas serão agendadas na recepção todas as manhãs de 7:00 a 10:00, através do acolhimento dos usuários idoso que cheguem da unidade. Os fluxos serão organizados de forma a garantir o registro dos idosos cadastrados no Programa e para tanto será necessário melhorar o acolhimento. É importante ainda garantir material adequado, caderneta de saúde, planilha de cadastro e avaliação multifuncional rápida, a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e teste de glicemia. Em nossa unidade temos todo o necessário e a gestão vai a garantir que tudo esteja em bom estado de funcionamento.

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

Detalhamento: Os fluxos serão organizados de forma a garantir o registro dos idosos cadastrados no Programa e para tanto será necessário melhorar o acolhimento.

E na área que ainda não têm agentes já está coordenado aqueles agentes que cadastraram esses idosos.

- Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Os profissionais escalados para a recepção farão a atualização dos dados do SIAB diariamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe (médicos, ACS, enfermeira) em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários (Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à idosos na unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de um bom acompanhamento de os mesmo, de medir a pressão arterial, glicemia e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento de idosos com fatores de risco em onde moram).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Já aconteceu e acontece todos os meses. Haverá uma complementação da ação com uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde.

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

Detalhamento: Já aconteceu e acontece todos os meses. Haverá uma complementação da ação com uma capacitação planejada pela enfermeira, médico.

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

Detalhamento: Uma vez ao mês terá uma atividade planejada pela enfermeira e médico para capacitar a equipe na Política Nacional de Humanização.

Metas relativas ao Objetivo 2 - Melhorar a Qualidade da atenção à ação programática.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Em todas as consultas em nossa unidade será feito da Avaliação Multidimensional Rápida a todos os idosos que não tem e os que tem precisa atualizar a mesma, ajudados por ACS, a enfermeira e médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Já temos os recursos para realizar a Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Detalhamento: Ficam definidas as atribuições para cada um dos membros da equipe durante a realização das consultas, que terão apoio dos ACS e da enfermeira da unidade. O médico realizará o acolhimento, Avaliação Multidimensional Rápida a todos os usuários. Todos os recursos serão garantidos pela gestão da unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os dias na recepção o agente que fica no acolhimento vai esclarecer a comunidade e usuários importância destas avaliações e do tratamento

oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e também nas visitas domiciliares e os médicos nas consultas.

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

Detalhamento: Em todas as consultas e visitas domiciliares os médicos, ACS e enfermeira vão compartilhar com os usuários as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Todo mês terá uma atividade planejada pela enfermeira e médico para 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.

Detalhamento: Todo os meses terão atividades planejadas pela enfermeira e médico para treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Detalhamento: Ocorrerá mensalmente um processo de capacitação planejado pela enfermeira e médico para treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Também ações com a comunidade todos os meses. Em casos de necessidade, serão feitos os devidos encaminhamentos para a unidade mais próxima.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Em todas as consultas em nossa unidade e nas visitas domiciliares do médico será feito o exame clínico, exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos diabéticos e hipertensos ou que tenha doenças crônicas, com indicação dos exames laboratoriais apropriados para todos os idosos, incluindo Avaliação Multidimensional Rápida, fundo de olho e ECG. Em nossa área temos muita dificuldade com o cumprimento dessas ações porque os exames depois de indicados demoram mais de 15 dias para dar seus resultados, o mesmo acontece com atendimento odontológico porque nossa unidade não tem e temos que encaminhar aos usuários para unidade mais perto onde demora muito seu atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Serão definidas as atribuições para cada um dos membros da equipe durante a realização das consultas, que terão apoio dos ACS e da enfermeira da unidade. O médico realizará o acolhimento, exame físico, aferição de tensão arterial, tomada de peso ou outro exame que se precise. Todos os recursos serão garantidos pela gestão da unidade.

- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: vão fazer todos (médicos, ACS, enfermeira), em consultas e visitas domiciliar.

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

Detalhamento: Para este eixo o médico, a enfermeira e os ACS farão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários idosos hipertensos e diabéticos que fazem acompanhamento e aqueles que ainda precisam se cadastrar que chegam à unidade através da realização das visitas domiciliares se pode fazer a pesquisa e avaliação dos idosos hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: Importante destacar que em nossa unidade dependemos em parte do trabalho de unidades vizinhas porque as consultas com especialistas (neurologia) têm que agendar no (URAP) Unidade de Referência de Atenção Especializada. A técnica administrativa coordena e planeja as consultas com outros médicos e administrativos que depois os ACS avisam nas casas aos familiares. Os ACS e o médico registram nos prontuários ao realizarem consultas em outra unidade, por exemplo, a consulta com neurologia e Geriatria ou outra especialidade em URAP.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Vão a fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção. Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Idosos na unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de um bom acompanhamento de os mesmo, de medir a pressão arterial, glicemia e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento de idosos com fatores de risco em onde moram, 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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Já aconteceu e acontece todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira e médico para capacitar a equipe na realização de exame clínico apropriado.

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

Detalhamento: Já aconteceu e acontece todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira e médico para capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Também fazemos e será feito um monitoramento de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo no protocolo, o mesmo será feito pelo médico e a enfermeira que anotarão nos prontuários.

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

Detalhamento: Também fazemos e será feito um monitoramento de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo no protocolo, o mesmo será feito pelo médico e a enfermeira que anotaram nos prontuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Também fazemos e será feito um monitoramento de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo no protocolo, o mesmo será feito pelo médico e a enfermeira que anotaram nos prontuários.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira e administrativa garantirá a agilidade do exame e anotará nos prontuários as datas.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira, administrativa e ACS, ficarão alerta depois de indicar os exames e quem não realiza, também anotarão nos prontuários as datas e procurarão que seja feito.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As atividades previstas serão planejadas pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Ademais, semanalmente, o médico se reunirá com ACS para capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Faremos um monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, com a ajuda dos ACS, a enfermeira e o funcionário administrativo.

Geralmente, eles têm garantido seus medicamentos completos para o mês. Dessa forma, não temos problemas no cumprimento dessas ações já o técnico da farmácia tem cadastrados os idosos hipertensos e diabéticos o que tem outra doença crônica com seu respectivo tratamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Faremos um monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, com a ajuda dos ACS, a enfermeira e o funcionário administrativo. Geralmente, eles têm garantido seus medicamentos completos para o mês. Dessa forma, não temos problemas no cumprimento dessas ações já o técnico da farmácia tem cadastrado todos os idosos hipertensos e diabéticos o que tem outra doença crônica com seu respectivo tratamento.

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

Detalhamento: Faremos um monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, com a ajuda dos ACS, a enfermeira e o funcionário administrativo. Geralmente eles têm garantido seus medicamentos completos para o mês. Dessa forma, não temos problemas no cumprimento dessas ações já o técnico da farmácia tem cadastrado todos os idosos hipertensos e diabéticos o que tem outra doença crônica com seu respectivo tratamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários:

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As atividades previstas serão planejadas pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Ademais, semanalmente, o médico se reunirá com ACS para capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Já o médico, a enfermeira, auxiliar administrativa e ACS têm cadastrado todos os idosos de encamados e com problemas de locomoção, também são planejadas as visitas a domicílio, nas áreas que não tem agentes são cadastrados por agentes de áreas vizinhas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira, administrativa e ACS, tem o registro de os encamados e com problemas de locomoção. E na área que ainda não tem agente já estão coordenados aqueles agentes que cadastraram esses idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à idoso encamados e com problemas de locomoção da unidade de saúde.

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

- Informar a comunidade sobre a importância de os cuidados e acompanhar os encamados e com problemas de locomoção.

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento de doenças crônicas no isso usuários e seus riscos os fatores de risco.

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Semanalmente, o médico se reunirá com ACS para capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS e as atividades previstas será planejada pela enfermeira e médico.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira, administrativa e ACS têm o registro dos acamados e com problemas de locomoção e das visitas a domicílio planejadas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira, administrativa e ACS têm o registro dos acamados, com problemas de locomoção, hipertensos e diabéticos. São planejadas as visitas a domicílio e as consultas serão agendadas na casa na visita e na recepção todas as manhãs de 07h 00 às 10:00, através do acolhimento dos familiares que cheguem da unidade e são agendados as consultas para as tardes. Em nossa unidade temos tudo o necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Detalhes: Vão a fazer todos os Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção.
- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Vão fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e Grupo Municipal de Promoção de Saúde que tem o município, com profissionais psicólogos, pedagogos, médicos, enfermeiras, que ajudam nas capacitações e ações nas comunidades.

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

Detalhamento: Já aconteceu e acontece todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Para este eixo o médico, a enfermeira e os ACS farão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos que fazem acompanhamento e aqueles que ainda precisam se cadastrar. Através também da realização das visitas domiciliares se pode fazer uma pesquisa e avaliação checando a pressão arterial e o registro do rastreamento é atualizado todos os meses em reuniões.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: As consultas serão agendadas na recepção todas as manhãs de 7:00 as 10:00, através do acolhimento dos idosos hipertensos que cheguem na unidade. Os fluxos serão organizados de forma a garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa e os novos serão agendados para as tardes. Temos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e a gestão vai a garantir que tudo esteja em bom estado de funcionamento.

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

Detalhamento: Temos todos os recursos e é responsabilidade da administrativa, junto o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à idosos hipertensos ou diabéticos da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial, realizar glicose teste em consulta e visitas; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM e Hipertensão; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de essas doenças.

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

Detalhes: Todos os dias na recepção o agente que fica no acolhimento, junto com a enfermeira vai orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes. Também nas visitas domiciliares e ações com a comunidade os médicos vão orientar à comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Todos os meses terá uma atividade planejada pela enfermeira e médico para capacitar a equipe na verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 2.8- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) (cobertura atual 19%).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Para este eixo o médico, a enfermeira e os ACS farão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que fazem acompanhamento e aqueles que ainda precisam se cadastrar. Através também da realização das visitas domiciliares se pode fazer uma pesquisa e avaliação, checando a pressão arterial a idoso e pesquisando a glicemia com uso do glicosímetro. O registro do rastreamento é atualizado todos os meses em reuniões.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: Vão a fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção. As consultas novas são planejadas para a tarde com tempo porque são melhores acolhidos. Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Idosos hipertensos ou diabéticos da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial, realizar glucose teste em consulta e visitas; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM e Hipertensão; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de essas doenças.

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

Detalhamento: Temos todos os recursos e é responsabilidade da administrativa, junto o médico e a enfermeira

- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que no provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Vão fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria, anotando em prontuários e registros de unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

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

Detalhamento: todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As atividades previstas serão planejadas pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Ademais, semanalmente, o médico se reunirá com ACS para conversa de técnica adequada para toma da pressão arterial e realizar um treinamento para melhorar a prática desta técnica. Também temos como objetivo aferir a pressão arterial de todos os idosos, independente da causa de sua consulta. Também realizaremos a capacitação de toda a equipe a fazer glicose teste.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Temos anotados em os prontuários, em os registros dos ACS os idosos que tem necessidade de tratamento odontológico pero em nossa área temos muita dificulta de com o cumprimento dessas ações porque nossa unidade não tem Odontólogo e temos que encaminhar aos usuários para unidade mais perto onde demora muito seu atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima. Registraremos, cadastraremos e monitoraremos os atendimentos junto com os agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima. Registraremos, cadastraremos e monitoraremos os atendimentos junto com os agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários e prioritário aos idosos. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima. Registraremos, cadastraremos e monitoraremos os atendimentos junto com os agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários e prioritário aos idosos. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima as organizações da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos são feitas nas unidades onde são atendidos os idosos e registrados cadastrados e monitorados os atendimentos pelos agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo. Orientamos para unidade mais perto onde demora muito seu atendimento.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Todos os meses têm uma atividade para capacitar a equipe na realização avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, planejada pela enfermeira e médico. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Temos anotados nos prontuários, nos registros dos ACS os idosos que têm necessidade de tratamento odontológico, porém em nossa área temos muita dificuldade com o cumprimento dessas ações porque não tem odontólogo e temos que encaminhar os usuários para unidade mais perto, onde demora muito seu atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Ficamos dependendo do trabalho de unidades vizinhas, a administrativa coordena e planeja as consultas com outros médicos e administrativos que depois os ACS avisam nas casas.

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

Detalhamento: Ficamos dependendo do trabalho de unidades vizinhas. Temos anotado nos prontuários, nos registros dos ACS, os idosos que tem necessidade de tratamento odontológico, porém na nossa área temos muita dificuldade com o cumprimento dessas ações porque nossa unidade não tem odontólogo e temos que encaminhar aos usuários para outras unidades.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários e prioritário aos idosos. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima as organizações da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos são feitas nas unidades onde são atendidos os idosos e registrados cadastrados e monitorados os atendimentos pelos agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Todos os meses, será acertado com outras unidades os atendimentos odontológicos necessários e prioritário aos idosos. Não temos odontólogo. Orientaremos o atendimento para unidade mais próxima. Registraremos, cadastraremos e monitoraremos os atendimentos junto com os agentes comunitários que revisarão e registrarão os atendimentos nas fichas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo. Orientamos a unidade mais perto.

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

Detalhamento: Todo o mês tem uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo. Orientamos a unidade mais perto.

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

Detalhamento: Em consultas, visitas e ações ouvimos da comunidade e a equipe planeja a estratégia a seguir, mais a dificuldade fica na demora porque o município quase não tem odontólogo. Importante destacar que em nossa unidade

dependemos em parte do trabalho de unidades vizinhas. A técnica administrativa coordena e planeja as consultas com outros médicos e administrativos que depois os ACS avisam nas casas aos familiares. Os ACS e o médico registram nos prontuários ao realizarem consultas em outra unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

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

Detalhamento: todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

- Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

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

Detalhamento: Não temos cirurgiões dentistas. Orientamos a unidade mais perto que tem.

Metas relativas ao Objetivo 3 - Melhorar a Adesão à ação programática

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar se incluindo a realização dos exames complementares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: As visitas serão realizadas por médicos, ACS, enfermeira e administrativa; serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e será ainda organizada a agenda para acolher os que têm doenças crônicas provenientes das buscas domiciliares. As consultas novas serão planejadas para a tarde de forma que sejam mais bem acolhidos.

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

Detalhamento: Os médicos, ACS, enfermeira e auxiliar administrativa organizarão a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, as novas consultas serão planejadas para a tarde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Isso será feito por todos os médicos, ACS, enfermeira durante as consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção.

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

Detalhamento: Vão a fazer todos os Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção. Também aproveitamos as reuniões com o Conselho de Saúde da Comunidade, lembrando que as consultas novas são planejadas para a tarde com tempo para serem melhor acolhidos.

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

Detalhamento: Vão a fazer todos os Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção. Também aproveitamos as reuniões com o Conselho de Saúde da Comunidade, lembrando que as consultas novas são planejadas para a tarde com tempo para serem melhor acolhidos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde.

- Definir com a equipe a periodicidade das consultas

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 4 - Melhorar o Registro da ação programática

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar se. Em as reuniões vão a revisar todos os idosos que compareceram às consultas que tenham seus prontuários atualizados e que sejam incluídos na ficha de cadastro o acompanhamento de sua doença.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam cadastrar se. Além de alimentar o SIAB.

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam cadastrar se.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários em pacto unido, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos idosos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam cadastrar se.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico, com ajuda da enfermeira, os Agentes Comunitários e Auxiliar administrativa.

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

Detalhamento: O médico, com ajuda da enfermeira e os agentes comunitários e auxiliar administrativa, avisaram em murais e registro das consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os meses na capacitação planejada pela enfermeira e médico vão orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, também nas ações com a comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira e médico, será treinada a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa

Detalhamento: O médico, com ajuda da enfermeira, os agentes comunitários e auxiliar administrativa vão monitorar e dar a caderneta de saúde da pessoa idosa a quem precise.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico, com ajuda da enfermeira, os Agentes Comunitários e Auxiliar administrativa vão solicitar ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira e médico vamos capacitar a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Metas relativas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da população-alvo da ação programática.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa aos idosos que tem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, a realização dos complementares e também os que ainda precisa cadastrar se.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa aos idosos que tem maior risco de morbimortalidade. Eles têm prioridade sempre.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Vão fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliaria e em conversa na recepção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira e médico vamos há capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários o número de idosos investigados para fragilização na velhice, também os que ainda precisa fazer o estudo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários o número de idosos investigados para fragilização na velhice, também os que ainda precisa fazer o estudo, que tem prioridade para as consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Vão fazer todos os médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde vamos capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários o número de idosos investigados e acompanhados.

- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários o número de idosos investigados, acompanhados e com rede social deficiente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários o número de idosos investigados, com rede social deficiente que tem prioridade para as visitas agendadas todos os meses.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários.

- 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: Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção, através de ações educativas de orientação e informação para os usuários, em reuniões com o Conselho de Saúde do Barrio e em a capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde, todos os meses.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira e médico vamos há capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Metas relativas ao Objetivo 6 - Promoção de saúde.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários monitoraram e acompanharam os idosos com obesidade / desnutrição, que serão cadastrados. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses.

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".

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

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

Detalhamento: Todos os meses têm uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas

domiciliares ou nas conversas sobre a importância da realização de orientação para atividade física regular. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente às ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre importância da realização de orientação para atividade física regular. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários, administrativa terram uma demanda junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nas atividades e também para garantir a compra de os medicamentos que se precise. Será necessário ainda, organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Fazemos ações com a comunidade todos os meses para orientar os idosos e a comunidade para realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Detalhamento: Nas capacitações planejadas pela enfermeira e médico orientamos os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Também nas ações com a comunidade.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre a importância da higiene bucal. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será organizado o tempo do médico para realizar exame bucal a todos os usuários idosos em consultas ou visitas domiciliares, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Acontecerão mensalmente atividades junto à comunidade que serão planejadas pela enfermeira, pelo médico e pelo grupo municipal de promoção de saúde. Serão feitas orientações sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Tais ações também serão realizadas pelos ACS junto à comunidade durante as visitas domiciliares. Não temos odontólogo, encaminhamos a unidade mais perto que tem atendimento.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Detalhamento: todos os meses, temos uma capacitação planejada pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também fazemos ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo. Orientamos a unidade mais perto que do atendimento.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura 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.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência, cadastrados no programa.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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.

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 hipertensos e/ou diabéticos.

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 de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrado.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, residentes na 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 cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção.

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

Indicador 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

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

Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

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 de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

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 com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

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

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

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

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas.

Relativos ao 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 espelha em dia.

Numerador: Número de idosos com registro na ficha espelha em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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.

Relativos ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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 com avaliação de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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 em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

Relativos ao 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 saudáveis.

Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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 de atividade física regular.

Numerador: Número de idosos que receberam orientação para realização de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa.

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

Indicador 6.3: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: número de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Denominador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco na saúde dos idosos vamos adotar o Protocolo de Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2010 - Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que está disponível na unidade.

Para organizar o registro específico da intervenção e poder coletar todos os dados, o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde (ACS) utilizarão os cadastros, prontuários e ficha espelho disponibilizada no município. Temos também o protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário. A unidade está organizada para acolher e oferecer consulta a todos os idosos que cheguem.

Todos os dias a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional juntos com os ACS localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso e visitas domiciliais. Todos os dias os que ficam na recepção ajudam em atualizar as informações do SIAB

Os agentes comunitários de saúde revisarão mensalmente os prontuários e das fichas espelhos juntos com o médico (responsável da intervenção) para consolidar as informações e anotar nas na planilha eletrônica

Em todas as consultas, ajudados por ACS, a enfermeira e médico farão a monitorização e a realização de avaliação multidimensional rápida pelo menos anual, realização do hemoglicoteste em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde (possuímos todo o material para o hemoglicoteste).

Temos os recursos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Ficam definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS ajudam em orientar, toma de peso,

cumprimento. A enfermeira com aferição de pressão arterial ou outro exame que se precise. Os novos são acolhidos e agendados as consultas para as tardes.

Fica garantido a referência e contra referência ao URAP de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, também os que precisam atendimento odontológico. A auxiliar administrativa coordena e planeja as consultas com outros doutores e auxiliares administrativos de outras unidades vizinhos que depois os ACS avisam nas casas aos familiares. Os ACS e o médico registram nos prontuários as avaliações dos especialistas.

A Secretaria Municipal de Saúde vai disponibilizar 250 cadernetas de saúde da pessoa idosa e o médico, com ajuda da enfermeira e os ACS vão dar aos idosos ao mesmo tempo em que vão registrar os dados na mesma.

O médico, enfermeira e os agentes comunitários anotarão nos registros nas planilhas, prontuários e mapa das pessoas idosos que tem maior risco de morbimortalidade, fragilização na velhice, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar se.

Para capacitar a equipe e esclarecer a comunidades sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a realização de orientação de atividade física regular ou outros temas, todas as semanas têm uma capacitação planejada por a enfermeira e médico. Também faremos conversa na recepção, nas consultas, visita domiciliar e ações na comunidade, onde o responsável será o médico. Os materiais para realizar as atividades educativas vão disponibilizar o Grupo Municipal de Promoção de Saúde

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em nossa Unidade Básica de Saúde, Maria de Jesus de Andrade, no município Rio Branco, estado Acre a intervenção desenvolvida já é uma rotina do serviço e todos ficam comprometidos com o trabalho feito e querem continuar fazendo o mesmo e melhor.

A intervenção foi planejada para 16 semanas, porém depois foi ajustada a 12 semanas, começando o dia 19 de fevereiro até 9 de maio (para efeito da coleta de dados). Durante o período das 12 semanas da intervenção, fizemos um cronograma que foi cumprido e realizamos todas as ações propostas no eixo de monitoramento e avaliação para cumprir os objetivos e metas traçadas, fizemos o monitoramento da cobertura de detecção de usuários idosos, monitoramos os exames laboratoriais em dias e que estejam adequados para cada usuário, cumprindo com o período de realização destes exames previstos como estabelece os protocolos do Ministério da Saúde, como monitoramento da qualidade dos registros dos usuários, se faz avaliação de riscos de cada um deles e realizou-se orientações de exercícios, nutrição para hábitos saudáveis e um pouco sobre saúde bucal.

Para cumprirmos as ações destinadas a organização e gestão do serviço, se acolheram e se cadastraram todos os usuários idosos na área de cobertura por demanda espontânea, demanda induzida e preenchendo uma ficha espelho para cada usuário. Todos os usuários que chegaram a nossa UBS foram acolhidos corretamente, após o acolhimento fizemos uma revisão no livro de registros e preenchemos a ficha espelho, com seus dados. Organizou-se um arquivo para acomodar os resultados dos exames e a enfermeira foi a responsável pelo monitoramento das adequabilidades dos registros com ajuda dos ACS.

Tivemos várias reuniões com as equipes para dar detalhes desde como iniciáramos a intervenção e nesta tratamos dos seguintes temas: acolhimento, atribuição dos profissionais, onde e como aconteceria o atendimento odontológico

prioritário aos idosos, visitas domiciliares, busca ativa de faltosos e acamados ou com problemas de locomoção.

As equipes realizam treinamento de como fazer adequadamente as medidas antropométricas dos idosos, de aferição da pressão e o uso do glicômetro. Também sobre o preenchimento de todos os dados da caderneta da pessoa idosa.

Fizemos palestras com toda a comunidade na recepção, abordando temas como: A importância do acompanhamento dos usuários idosos; Alimentação adequada dos idosos; Necessidades de incorporar as atividades físicas na rotina diária dos idosos; Necessidades do acompanhamento todos os idosos e não só daqueles que estão doentes; Os cuidados dos idosos e os riscos de ficar em água contaminada. Doenças como Dengue, Leptospirose e outras são mais frequentes após alagação.

Além de orientações nutricionais para hábitos saudáveis, orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação sobre cuidado de saúde bucal a todos os idosos que foram atendidos ou visitados em suas casas.

Conseguimos que a todos os idosos faltosos a consultas, fossem realizadas visitas domiciliares e consultas na mesma semana. O mesmo dia da consulta se registrava, completava a ficha espelho, avaliava o risco para morbimortalidades, fragilização na velhice e avaliação de redes sociais, completava a caderneta de saúde e indicava exame que precisava segundo o protocolo. O atendimento odontológico e orientação de saúde bucal foram possíveis somente em poucos idosos que foram a unidades vizinhas. Inicialmente, pensamos ser quase impossível devido às dificuldades apresentadas como: não temos odontólogo na unidade e a grande necessidade de atendimentos odontológico que precisa a população, não somente idosos, mas também as crianças, as gestantes e todos os grupos. No entanto, a equipe sempre procurou soluções e criamos estratégias, após longo período de reuniões, conseguimos reservar três vagas por semana para nossos usuários em unidades vizinhas e foram avaliados pelo odontólogo. Trabalho que vai a continuar melhorando nos meses seguintes porque a intervenção abriu-o o caminho para a solução do um problema.

Tivemos mais de 15 reuniões com lideranças comunitárias, do governo, prefeitura, saúde municipal e estadual, para falar sobre a importância da ação programática de saúde dos idosos e seus benefícios e também para falar da problemática do bairro que enfrentou uma situação de calamidade total com a

alagação monstruosa dos meses de fevereiro e março. Também o supervisor e representantes de saúde acompanharam o nosso trabalho de intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto. No tempo que ficamos alagados continuamos o trabalho e a intervenção em locais como escolas, barcos, igrejas e tendas, tudo improvisado, porém continuávamos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta de dados e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamos todas as planilhas de coletas de dados e calculamos os indicadores.

A cobertura do programa foi de 100%, igual porcentagens tiveram avaliação de redes social, avaliação multidimensionais rápida em dia, avaliação para fragilização na velhice, prescrição de medicamentos para farmácias populares, os idosos cadastrados com problemas de locomoção, as buscas ativas de faltosos a consulta, os registros nas fichas espelhos, os idoso com cadernas de saúde, as orientações de nutrição para hábitos saudade e atividades física, em outros como avaliação para risco para morbimortalidade as porcentagens foram de 99,5%, as visitas a acamados 95,4%, idosos hipertensos rastreados para diabetes 96,2 % e idosos hipertensos e diabetes com exame em dia 98,3 %, todos estes dados foram informados em nossa ação final no parque zoológico como fechamento nesta etapa que vai a continuar a pedido e como acordo de todos.

Trabalhamos todos os indicadores e a maior dificuldade foi o atendimento odontológico, muita dificuldade com a avaliação odontológica dos usuários idosos, pois não temos odontólogo, temos que enviar os usuários para atendimento em URAP mais perto com previa coordenação.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da unidade. A população já conhece o trabalho que fazemos com os idosos e equipe mantém o entusiasmo

A intervenção para nossa equipe representou uma experiência maravilhosa, pois nos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, a possibilidade de trabalhar, de forma geral, com a população carente, que necessita da equipe de saúde, reconhece e valoriza o cuidar; o privilégio de trabalhar bastante com prevenção nos idosos, tendo como foco principal a saúde e não a doença, de trabalhar em equipe com tudo bem planejado pela intervenção e de acompanhar de perto aos idosos, suas famílias e da comunidade como um todo. A equipe fica mais unida, mais fortalecida com nossa intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A área coberta pela unidade de saúde Maria de Jesus de Andrade é muito extensa e tem o rio Acre que atravessa o bairro, portanto há grandes dificuldades relativo ao acesso a determinadas áreas. Iniciamos a intervenção com o objetivo de melhorar o programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Ao longo da intervenção nossa equipe foi aumentando o número de cadastros semanais e de atendimentos.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da unidade de saúde para 100%.

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

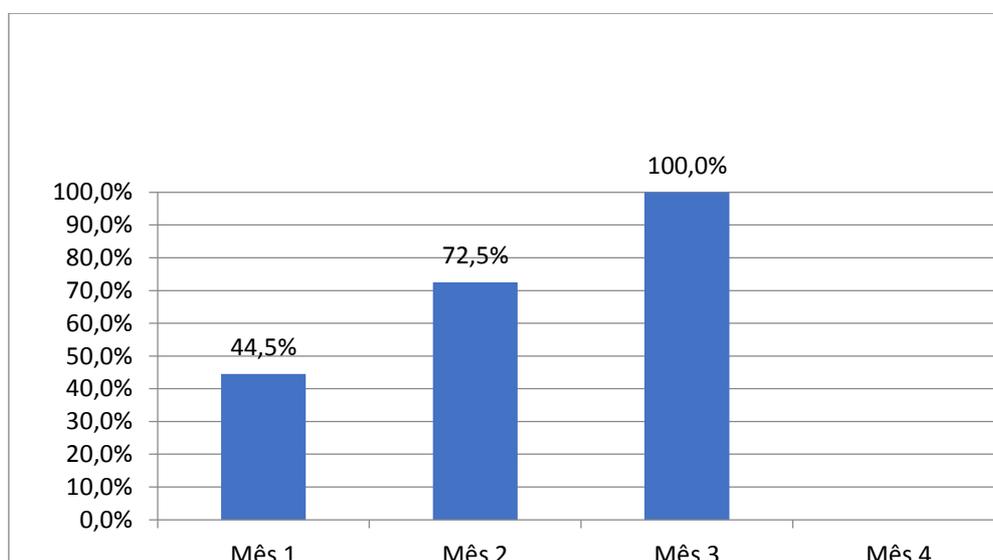


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A meta a atingir em usuários idosos era de 200 usuários. Conseguimos o total contemplado pela intervenção, desde os primeiros dias todos na unidade percebeu a importância da intervenção e as ações para os idosos da população.

A equipe tinha feito o cadastramento dos idosos, trabalho que a equipe vem realizando há uns meses o que facilitou a busca dos idosos. Foi feito um número importante de atendimentos para atingirmos os 100%. Foram muitas as dificuldades, a principal o grande número de atendimentos na rotina diária e aos acontecimentos que foram se apresentando durante as semanas da implementação como a enchente dos meses de fevereiro e março que mudou o bairro, convertido primeiro em um mar e depois em uma cidade após um Tsunami, com a mais extrema calamidade. No entanto, a equipe sempre procurou soluções e criamos estratégias para alcançarmos nossas metas. Tanto assim que ao finalizar o primeiro mês, decolamos com 89 cadastros, sendo 44,5 % em relação ao total; o segundo mês fechamos com 145 cadastros para 72,5% do total e ao terminar o terceiro mês da intervenção atingimos o total 200, 100 % dos cadastros, incorporados às atividades da intervenção, o que consideramos um triunfo pela importância que tem, contar com todos os idosos em acompanhamento, o que vai proporcionar qualidade de vida e saúde.

Importante ressaltar o comprometimento dos Agentes Comunitários de Saúde e toda a equipe mesma com a intervenção. Também as ações de capacitação aos integrantes da ESF em relação aos protocolos existentes na APS para o trabalho na Saúde dos idosos; o estabelecimento e definição de prioridades de cada membro da ESF em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas, constituíram um aspecto importante no desenvolvimento e fluidez do trabalho, porque ajudou a organizar e engajar o projeto na rotina de atendimento da unidade sem que esta se afetasse.

Objetivo 2 - Melhorar a Qualidade da atenção à ação programática.

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

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

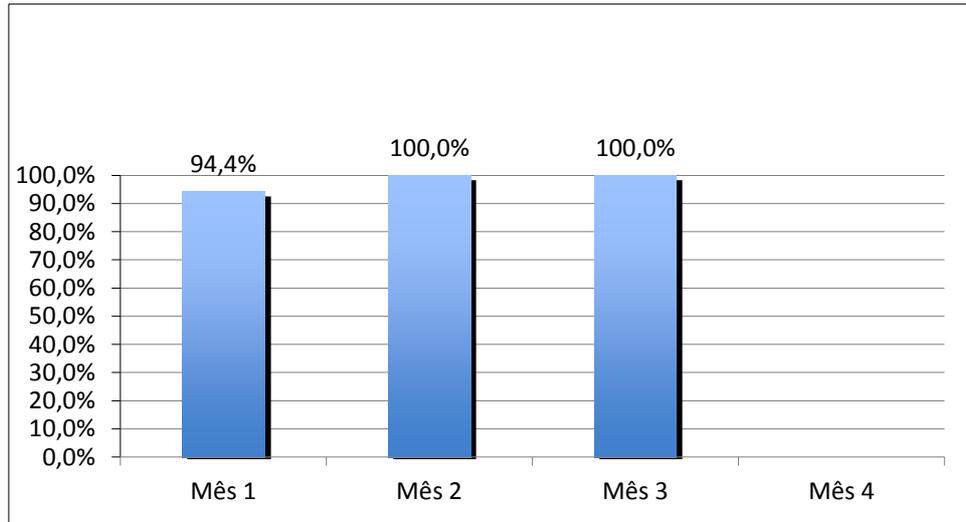


Figura 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A realização de Avaliação Multidimensional Rápida em dia dos idosos constitui um indicador de avaliação do seu estado de saúde. O controle frequente e regular dele em consulta é muito importante. Este indicador foi incrementando de mês em mês, no primeiro mês faltaram 5 idosos, atingindo 94,4%. Então, a equipe decidiu fazer a Avaliação na mesma primeira consulta de atendimento, com a cooperação de todos foi implementado, chegando a 145 no segundo mês e o total, 200 no terceiro mês, alcançamos a meta de 100% nos dois últimos períodos avaliados. Acho que este êxito foi devido ao acompanhamento mensal através da intervenção.

Neste aspecto, o trabalho dos ACS foi chave já que eles, além de participar das atividades de visitas domiciliares e procura dos idosos faltosos às consultas agendadas, ajudaram ao médico a fazer a Avaliação Multidimensional Rápida e a consulta fluísse muito melhor e isso foi possível graças ao treinamento adequado que receberam na primeira semana de implementação do projeto. Os encontros e reuniões com lideranças comunitárias ajudaram com a divulgação do projeto e a sua importância, o que contribuiu à afluência espontânea dos idosos e sua família a Unidade de Saúde, procurando às consultas e o acompanhamento.

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: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

A intervenção ajuda a fazer um ótimo exame clínico em todos os idosos. Em todas as consultas fazíamos exame nos pés e avaliação de pulsos periféricos, foram

examinados os 89 idosos cadastrados no primeiro mês, os 145 no segundo para finalizar com o total 200 no terceiro mês. Portanto, sobre a realização de exames clínicos em os usuários idosos, alcançamos a meta de 100% em todos os três períodos avaliados.

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

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

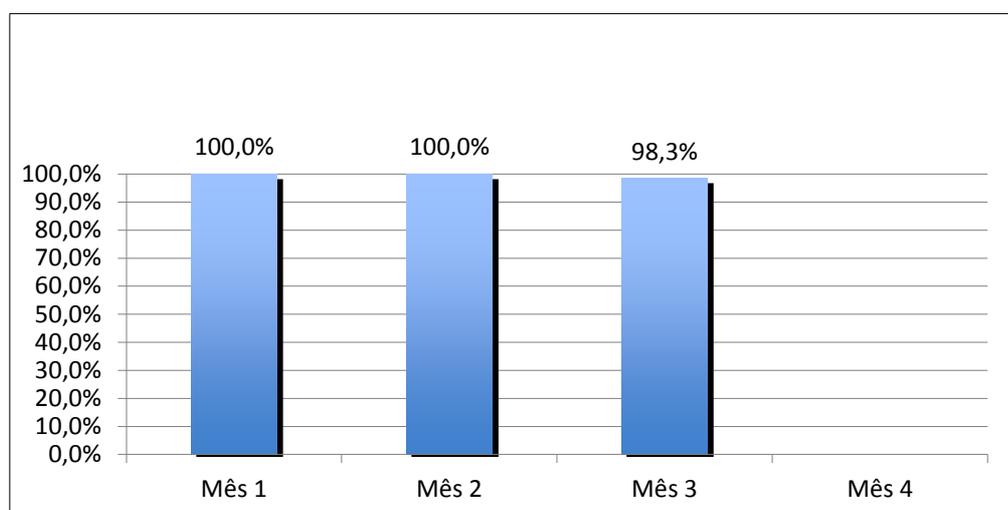


Figura 3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Com relação à realização dos exames complementares em dia a hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo, também foi cumprido o acordo da equipe, indicando os exames na mesma primeira consulta, então os 56 fizeram no primeiro mês, os 94 no segundo, mas no terceiro mês faltaram 2, total 118 de 120 por problemas com o transporte, já que tem problemas com a locomoção. A meta foi alcançada com 100 % nos dois primeiros períodos avaliados e com 98,3 % no final.

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

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

Foram prescritos os medicamentos em cada consulta, sendo entregues na unidade e os que não tinham, encaminhávamos para a farmácia popular daqui que ajudava a equipe que cada idoso tivessem a medicação que precisava de graça e cada agente comunitário ficava com um controle da medicação do idoso, porém toda a

equipe ficou envolvida na intervenção. Os 89 no primeiro mês, os 145 no segundo, e o total do terceiro mês foram 200 idosos. Tudo isso foi garantido pelos esforços de nossa equipe e da equipe da farmácia da SEMSA, que abasteceu a farmácia da nossa unidade sem faltas, garantindo que todos os nossos usuários tivessem seus medicamentos.

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

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

A população idosa no bairro Taquari foi beneficiada com a intervenção, mas muito mais os idosos acamados ou com problemas na locomoção, pois toda a equipe saiu a procura de idosos com esta problemática e o monitoramento e acompanhamento foi ótimo. No primeiro mês foram cadastrados 35, no segundo 58 e no terceiro mês 87, incrementando-se o número de idosos com problemas de locomoção ou acamados pesquisados. Os atendimentos médicos, exames e entrega de medicação foi na mesma casa onde moram, só 9 tivemos que levar a outros centros de atendimento para realização de exame específicos. A meta foi cumprida também em 100%, conseguimos cadastrar todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção. É importante ressaltar que tanto as lideranças da comunidade quanto os agentes comunitários de saúde e familiares dos idosos desempenharam um papel importantíssimo na divulgação das atividades, possibilitando o cadastramento e rastreamento dos idosos em questão, ajudando ao trabalho da equipe.

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

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

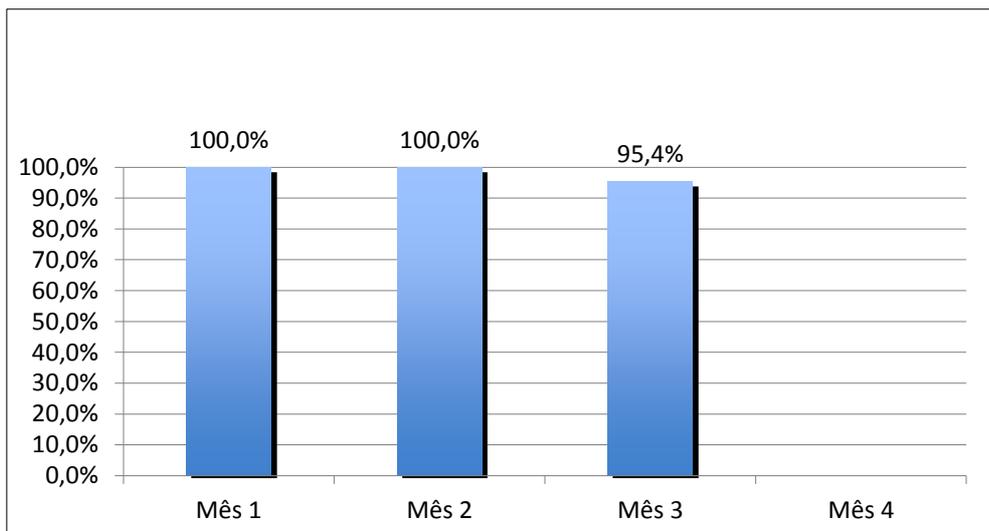


Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Com relação à meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, os primeiros dois meses conseguimos alcançar nossos propósitos, pois todos os idosos acamados foram visitados em várias ocasiões, seja para atendimento médico, para exercícios com fisioterapeutas ou professores da escola Cercania. A família recebeu orientações dos cuidados e a medicação na mesma casa, a equipe e os familiares dos idosos ganharam no conhecimento e atendimentos especializados. Faltaram no final da intervenção 4 usuários por visitar (95,4 %) para alcançar atingir a meta, mas acho que tem relação com o encurtamento do tempo programado para a intervenção.

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

Indicador: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

A todos os idosos, 100%, verificamos a pressão arterial nas consultas. Em todas as consultas foi feito aferição da pressão arterial a todos os usuários idosos, então o rastreamento de hipertensão foi um sucesso, 89 no primeiro mês, 145 no segundo e todos os 200 no final. Do total dos nossos idosos cadastrados e avaliados, tivemos 17 hipertensos no primeiro mês, 18 no segundo e 26 no último período avaliado. O monitoramento e avaliação foram feitos em 100%.

Foram muito úteis as atividades encaminhadas neste grupo priorizado, onde enfatizamos as características, sintomas, complicação desta doença e importância de diagnóstico certo, cedo e o bom acompanhamento. Embora a mudança de costumes seja muito difícil, pensamos que, com o trabalho educativo no dia a dia, alcançaremos êxito em nossos propósitos.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

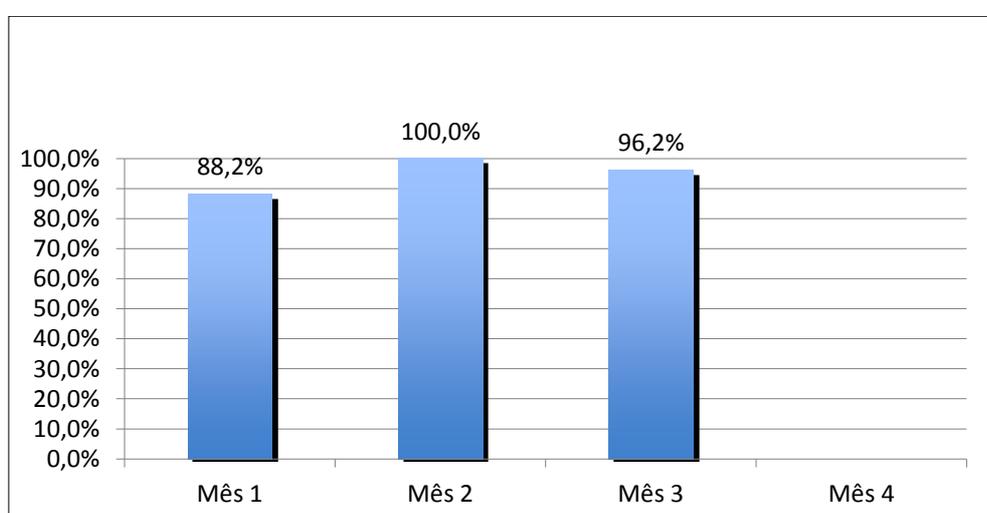


Figura 5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A meta a atingir em usuários com hipertensão foi de 17 no primeiro mês, 18 no segundo e 26 no terceiro mês. Conseguimos ampliar progressivamente o número de usuários rastreados para diabetes contemplados pela intervenção. Acreditamos que mesmo os usuários tendo sido rastreados na busca de doenças como diabetes com a chegada do período das chuvas, os alagamentos, a dificuldade com a comunicação terrestre, a falta de ônibus, interrupção das linhas telefônicas, dificultando a comunicação com a rede e todos os recursos postos à disposição de sanarmos a situação das vítimas dos alagamentos, foi difícil o rastreamento e que nossos usuários e equipe se deslocar até as casas ou unidade para os exames. Não obstante, atingindo um total de 25 no final da intervenção para 96,2% faltando apenas 1 paciente para alcançar atingir a meta, sendo o segundo mês o melhor com 100%.

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

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

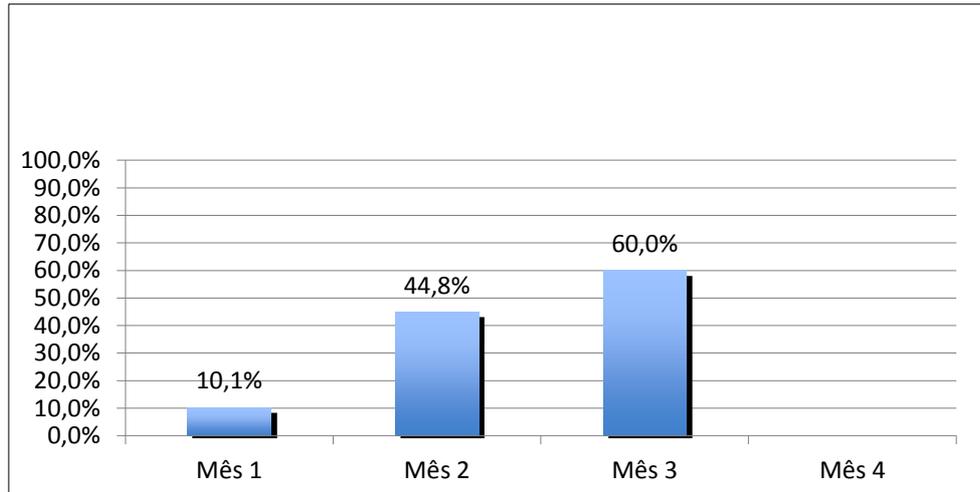


Figura 6. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Nesta meta inicialmente, pensamos ser quase impossível devido às dificuldades apresentadas como: não temos odontólogo na unidade e a grande necessidade de atendimentos odontológico que precisa a população, não somente idosos, mas também as crianças, as gestantes e todos os grupos. No entanto, a equipe sempre procurou soluções e criamos estratégias para alcançarmos nossas metas. Tanto assim que ao finalizar o primeiro mês, decolamos com 9 avaliados, sendo 10,1 % em relação ao total; o segundo mês fechamos com 65 cadastros para 44,8% do total e ao terminar o terceiro mês da intervenção atingimos 120 idosos (60 %) dos idosos cadastrados foram avaliados pelo odontólogo. Consideramos um triunfo de nossa atividade da intervenção, pela importância que tem a saúde bucal de os idosos. Trabalho que vai a continuar melhorando nos meses seguintes porque a intervenção abriu-o o caminho para a solução do um problema. Cabe destacar que, após longo período de reuniões, conseguimos reservar três vagas por semana para nossos usuários em unidades vizinhas e já começamos a ver os resultados o que vai proporcionar qualidade de vida e saúde para os idosos.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

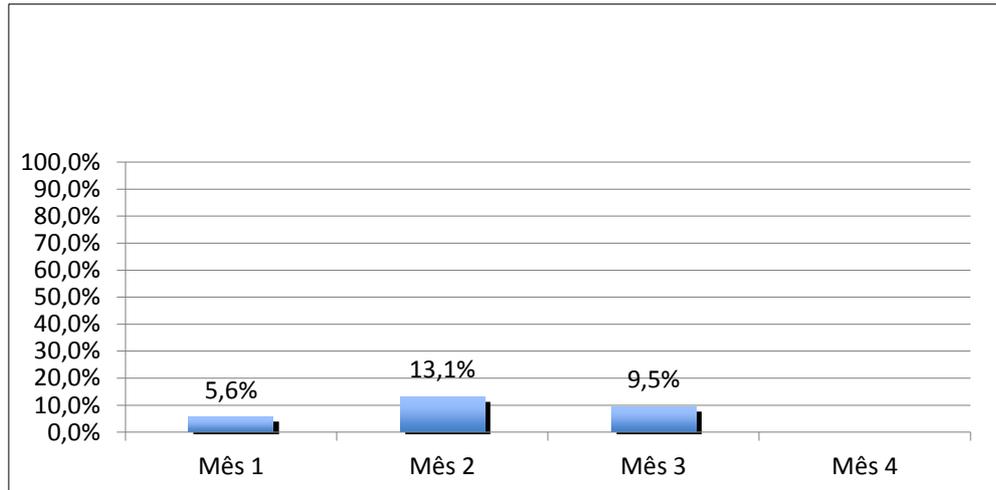


Figura 7. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Este é o indicador que tem resultados mais baixos da intervenção, nos três períodos avaliados 5,6 %, 13,1% e 9,5%. Este indicador, embora seja o mais baixo, apresenta o maior incremento ao longo do processo de intervenção. Como explicitado durante a implementação do projeto, nossa unidade carece de equipe odontológica e aquele que trabalha na URAP de referência é insuficiente para contemplar atenção para uma população tão extensa, é por isso que ao iniciar o projeto, os idosos não tinham feito uma primeira consulta odontológica.

No gráfico se percebe que no encerramento do primeiro mês que somente 5 idosos tinham feito uma primeira consulta odontológica dos 89 cadastrados para uns 5,6%, no segundo mês o indicador aumentou para 19 e tivemos um aumento do indicador (13,1%). Isso foi possível porque a equipe, ante este problema elaborou uma estratégia de encaminhar aqueles idosos com necessidade de atendimento imediato depois de negociar com a equipe odontológica da URAP e solicitar os retornos desses atendimentos. Quando fechamos o terceiro mês, diminuiu devido a que o cadastramento aumentou, mas o número de consultas feitas eram as mesmas, tivemos proporcionalmente uma queda (3,6%). Dessa forma, quando fechamos o terceiro mês tínhamos recebido nas consultas de acompanhamento, 19 retornos que foram atualizados na planilha. É importante ressaltar que esta estratégia foi incorporada à rotina do atendimento da unidade o que significa que mais idosos serão beneficiados com este atendimento até que tenhamos a nossa própria equipe odontológica na própria unidade.

Objetivo 3 - Melhorar a Adesão à ação programática

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

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

Com relação à busca ativa dos idosos faltosos às consultas, conseguimos cumprir a meta proposta. Tivemos durante o período da intervenção um total de 58 usuários faltosos as consultas e realizamos a busca ativa atingindo o 100%. Este indicador foi uma das metas mais fáceis de cumprir, devido ao fato de que, quando estávamos iniciando o projeto, a equipe criou estratégias prevendo esta situação e que ao final surtiu efeito, pois logramos recuperar todos os faltosos na mesma semana que correspondia à consulta planejada. É importante sinalar que este indicador serve para medir também o grau de comprometimento da equipe que realizou a busca ativa, o impacto que teve o projeto nos familiares dos idosos que não faltavam à consulta planejada e o engajamento das lideranças e a comunidade toda com o projeto que ajudaram também na procura os mesmos. No gráfico, se observa que no primeiro mês faltaram 9 idoso recuperados todos, no segundo mês somente faltaram 10, já no final de terceiro mês tivemos só 29 faltosos, também recuperados e continuam em acompanhamento (100%).

Objetivo 4 - Melhorar o Registro da ação programática

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

Indicador: Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia.

Neste caso, do mesmo modo, os idosos com registro na ficha espelho em dia foi incrementando de mês em mês, no primeiro mês faltaram 4 idosos então a equipe decidiu fazer do registro na ficha espelho na mesma primeira consulta de atendimento, com a cooperação de todos foi implementado chegando a 145 no segundo mês e o total, 200 no terceiro mês, alcançamos a meta de 100% nos dois últimos períodos avaliados, sendo 95,5 % no primeiro mês mas depois todos na primeira consulta foram registrados nas fichas e quem não tinham seus cadastros foram feitos seus cadastros. Então, passaram a ser acompanhados pelo programa e contemplados no conjunto de ações propostas.

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

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

Neste caso, do mesmo modo, a todos os idosos foi entregue a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas consultas, foi incrementando de mês em mês, cumprindo o estabelecido pela equipe quando decidiu fazer neste na mesma primeira consulta de atendimento e com a cooperação de todos foi implementado chegando a 145 no segundo mês e o total, 200 no terceiro mês, alcançando a meta de 100% nos dois últimos períodos avaliados. Também neste indicador conseguimos alcançar e manter a meta proposta em 100%.

Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da população-alvo da ação programática.

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

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

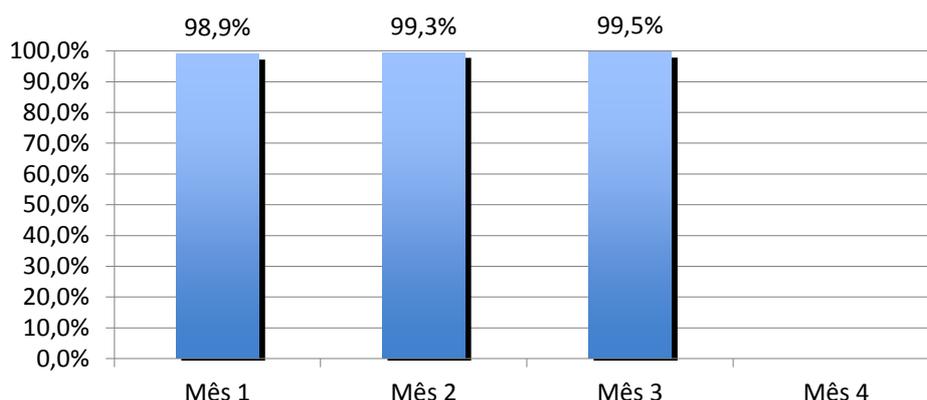


Figura 8: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Com relação à avaliação de risco para morbimortalidade em dia mantivemos porcentagens bem perto da meta (98,9% 99,3% e 99,5%) nos três meses avaliados. A avaliação desse risco forma parte da rotina da equipe, tanto nas consultas como nas visitas e é por isso que os indicadores estiveram muito altos desde o primeiro mês. Foram avaliados todos os fatores intrínsecos ou extrínsecos relacionados aos comportamentos e atividade dos idosos acompanhados ao meio ambiente. Doenças associadas, medicamentos que podem provocar reações adversas, ambientes

inseguros entre os diversos tipos de risco para morbimortalidade. Importante assinalar, no entanto, as causas pelas quais alguns idosos não foram avaliados (o risco). Esse fato ocorreu por conta de que o idoso, familiar ou cuidador desconhecia as respostas a serem feitas no interrogatório, por isso pedimos para a consulta de seguimento foram acompanhadas por alguém capaz de fornecer todos os dados que se precisavam. Foi assim que conseguimos atualizar os dados da planilha dos idosos. Nesse caso tivemos 88, 144, 199, nos respectivos meses, ficando pendente só uma.

Esta meta foi alcançada satisfatoriamente, de acordo com o plano de ações estabelecidas para esta intervenção e como parte da consulta e das visitas domiciliares realizadas, onde a equipe toda teve um papel destacado.

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

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

No primeiro mês investigamos 83 idosos, dando ênfase ao seu estado funcional e sua qualidade de vida, toda a equipe ficou envolta na tarefa de colaborar com os médicos na avaliação e o número de avaliados foi incrementando, tanto e assim que terminou os dois períodos seguintes em 145, no segundo período e o total 200 no terceiro, porém investigamos nos 100% dos idosos a presença de indicadores de fragilização na velhice desde as primeiras consultas ou visitas domiciliares, passando a ser acompanhados pelo programa e contemplados no conjunto de ações propostas. Esta meta também foi alcançada satisfatoriamente, de acordo com o plano de ações estabelecidas para esta intervenção e como parte da consulta e das visitas domiciliares realizadas, onde a equipe toda teve um papel destacado.

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

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

A meta foi cumprida também em 100% durante todos os períodos avaliados. Desde a primeira reunião da equipe e a capacitação da equipe procurando que forem identificados os problemas com as áreas psicossocial, econômicas, legal e de saúde dos idosos e a família dos idosos. Em todas as visitas e as consultas fazíamos uma avaliação das redes social contribuindo com que sempre todos os idosos fossem avaliados desde o primeiro contato com a equipe e reavaliado em todas as consultas

ou encontros. Desde os 89 do primeiro período avaliado da intervenção, até os 200 do final e as avaliações foram melhorando.

Objetivo 6 - Promoção de saúde.

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 saudáveis

Melhorou a alimentação dos idosos ao mesmo tempo em que melhora com as orientações nutricionais aos idosos. Tais orientações eram feitas nos momentos das consultas com a cada paciente individualmente e nas palestras diárias antes de começar as consultas, nas ações de educação em saúde (sala de espera) e nas visitas domiciliares. Ficamos de olho com a preparação dos alimentos, os alimentos que tem na casa, as dietas adequadas segundo as doenças. Os médicos juntos com os agentes comunitários procuraram solucionar as dificuldades para uma boa alimentação ao mesmo tempo que orientavam, então nos três períodos avaliados os 89 do primeiro mês, os 145 depois e os 200 do final, todos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, podemos dizer que foram cumpridas em 100%, considerando todos os períodos avaliados,

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 de atividade física regular.

As ações de prevenção e promoção de saúde formam parte do conjunto de ações de educação em saúde e que devem ser realizadas pelo médico e por toda a equipe de saúde como parte da medicina comunitária, e a orientação da prática de atividade física forma parte da rotina das consultas e visitas domiciliares da equipe. Além disso, e como parte do projeto, a equipe implantou uma estratégia de realizar palestras cada dia na sala de espera, nos momentos das consultas com a cada paciente individualmente, sendo a orientação da prática de atividade física, uns dos temas desenvolvidos nas mesmas; é por isso que em todos os meses o indicador se manteve nuns 100%.

Muitos benefícios trazidos para os idosos da intervenção, mês por mês foi incrementando o número de idosos que faziam exercícios físicos e melhoram a funcionamento do corpo, os professores das escolas contribuíram com as orientações e com os grupos de idosos que fazem exercícios nos pátios das escolas. Os 89 primeiros, os 145 depois tiveram redução dos parâmetros da pressão arterial e perfil lipídico, ao final os 200 ficaram com melhor postura e equilíbrio.

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

Indicador 6.3: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Outro indicador onde também podemos dizer que foram cumpridas em 100%, considerando todos os períodos avaliados, já que tais orientações eram feitas nos momentos das consultas odontológicas a cada paciente individualmente e depois reforçadas as orientações nas palestras diárias antes de começar as consultas, nas ações de educação em saúde (sala de espera) e nas visitas domiciliares. No primeiro mês foram 9 idosos que tiveram consultas, incrementando-se para 19 nos dois meses seguintes. Porém, a equipe examinava a boca dos idosos e avaliada qualquer anormalidade, lesão, carência de próteses ou lesão pelas próteses, educávamos os familiares ou cuidadores nas casas e encaminhava para o atendimento em unidades vizinhas.

4.2 Discussão

A Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade compreende todo o Bairro Taquari, uns dos mais povoados do município Rio Branco - Acre, e também o

mais danificado neste ano com a enchente do rio que atravessa o bairro, o que provocou muitos problemas como ruas e casas destruídas, contaminação das fontes de água, depressão e doenças infecciosas como Leptospirose na população.

Temos 21 micro áreas de saúde, todas cobertas com agentes comunitários de saúde e devido a esses profissionais e ao mérito de seus esforços, todos os idosos que moram no bairro estão acompanhados pelas equipes de saúde da unidade.

Iniciamos a nossa intervenção com o objetivo de melhorar o programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Ao longo da intervenção nossa equipe ganhou conhecimento e aumentou o número de cadastros semanais e atendimentos. No final das primeiras quatro semanas, atingimos um total de 89 idosos e ao final da intervenção atingimos 100 % dos idosos da área de abrangência. A intervenção propiciou a cobertura da atenção aos idosos à 100% (200), a melhoria dos registros (100%) e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame clínicos, pesquisa de diabéticos entre os idosos hipertensos (total de 25 - 96,2%), vinculação de idosos com problemas de locomoção às ações das unidades e avaliação do risco em 200 idosos.

Com a intervenção, a equipe de trabalho adquiriu mais conhecimento para o acompanhamento adequado dos usuários idosos, tendo havido a qualificação dos profissionais em assuntos até então novos para alguns. Houveram várias capacitações benéficas a equipe, como por exemplo: para a medição da glicose e para aferição da pressão arterial; para realizar Avaliação Multidimensional Rápida; rastreamento das pessoas idosas com risco de morbimortalidade; para investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice; para a entrega e registro de sucessos na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; nutrição e hábitos alimentares saudáveis; e prática regular de atividade física. Todas essas capacitações contribuíram para um cuidado mais qualificado e melhor acompanhamento dos usuários. A equipe trabalhando em conjunto foi capaz de estimular o senso de “corresponsabilidade” nos usuários, e estes passaram a estar mais engajados em seus processos de adoecimento-cura. Mesmo com todos os desafios postos,

próprios da nossa área de saúde, a equipe tem a convicção de que foi uma boa intervenção e ficou o entusiasmo para seguir adiante com o trabalho.

Alcançamos uma maior integração entre todos os membros da equipe, onde cada um fez a sua parte com muita responsabilidade para que a intervenção obtivesse resultados satisfatórios para todos os atores envolvidos nesse processo, nossos usuários, a comunidade e a equipe.

Com a nossa intervenção cada membro da equipe trabalha hoje com muito mais responsabilidade, com atribuições bem definidas. Como médica da equipe, coube a mim a responsabilidade pela realização da intervenção, desde a preparação, os processos formativos em parceria com a enfermeira até a finalização dos trabalhos.

Os ACS em conjunto com a enfermeira e o médico realizaram as visitas domiciliares e também estavam encarregados das palestras nas casas dos usuários, do recolhimento dos dados de cada paciente e do preenchimento dos formulários e fichas espelhos. A coordenadora administrativa foi a encarregada da digitação e revisão dos registros, junto da médica e da enfermeira.

A revisão e entrega de medicamentos pela farmácia estava no comando da técnica de enfermagem, esta realizava a revisão do estoque dos medicamentos a cada semana. A conclusão desta intervenção trouxe mudanças para o nosso serviço, na maneira de ver os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo verdadeiramente, para a integralidade do cuidado. Modificamos nossa forma de acolhimento aos usuários, que agora é muito melhor. É feita a escuta qualificada e corresponsável, esclarecendo todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento, a doença e buscando a resolutividade das demandas. Foi melhorado o cadastro de todos os usuarios da unidade de maneira geral, até mesmo para aqueles que não foram foco da intervenção.

A intervenção foi muito importante para o serviço à medida que o atendimento de usuários idosos, atualmente, não se constitui em responsabilidade exclusiva do médico, passando a ser de toda a equipe, melhorando nossos processos de trabalho resultando em uma equipe mais consciente e engajada.

Conseguimos aumentar o número de idosos acompanhados pela equipe e de outras doenças, tendo como exemplo esta intervenção, melhorando assim os registros, cadastros e agendamento de consultas. Organizamos as demandas espontâneas para urgências e fizemos a classificação de cada usuário de acordo com o risco, para priorizar o atendimento, sendo agendadas as consultas especializadas em nossa própria unidade trazendo os serviços mais perto dos usuários.

A intervenção também foi muito importante para a comunidade porque qualificou o cuidado ofertado aos idosos, contribuindo também, para o aumento do conhecimento de todos, não só com respeito à suas doenças, bem como na prevenção de outras doenças. Isso foi possível através de palestras feitas na recepção ou conversas individuais. Isso foi importante como estímulo para maior engajamento e para maior empoeiramento e protagonismo das pessoas.

Apesar das grandes vantagens que a nossa intervenção trouxe para a comunidade, uma grande maioria não compreendeu no início a necessidade de organizarmos os atendimentos por prioridade, tendo havido alguma insatisfação no início. Depois, com as palestras feitas todos os dias antes dos atendimentos conseguimos um entendimento do porquê dessa intervenção e muitos deles ajudaram na busca de muitos dos usuários idosos que moravam perto de suas casas.

Apesar de todo o trabalho duro ainda temos usuários por visitar, melhorar sua saúde bucal ou avaliar de risco, o que atualmente nós estamos fazendo para alcançá-los, fazendo da intervenção uma rotina no trabalho para a nossa equipe.

Com esta intervenção, houve uma grande experiência no atendimento e acompanhamento dos usuários e uma melhor integração entre todos os membros da equipe.

Se começássemos a intervenção novamente, a primeira coisa que eu faria, seria mudar a intervenção para o verão, a fim de poder visitar mais facilmente a todos os usuários. Faria um melhor planejamento, com tempo suficiente para discutir melhor com a equipe, com a secretária de saúde e a comunidade e seus líderes para que a intervenção fosse desenvolvida com maior sucesso do que nós tivemos. A outra coisa que eu faria seria investir numa maior articulação com outras unidades através da secretaria de saúde para conseguir cumprir as metas que não conseguiram ser cumpridas, como os atendimentos odontológicos para melhorar a saúde bucal de nossos idosos.

A intervenção já foi incorporada à rotina diária do trabalho à medida que esta trouxe uma grande satisfação e experiência. Assim, vamos manter e melhorar os

indicadores alcançados, continuando o atendimento com priorização dos idosos e aqueles de alto risco.

Com a conclusão do projeto de intervenção na unidade, não se encerra o nosso trabalho. Ao contrário, as ações já continuam e estamos cadastrando, registrando e fazendo tudo de novo. Atualmente, estamos nas primeiras semanas do novo período de 4 meses, utilizando as mesmas planilhas, documentação e orientações disponibilizados por o curso. Levaremos esta metodologia a outros programas de atendimento como puericulturas, doenças crônicas da infância, assistência pré-natal e saúde do idoso. Embora nós viéssemos trabalhando nesses programas, agora que adquirimos a experiência e o conhecimento necessários com essa intervenção, nossa equipe ficou com grande entusiasmo para continuar o nosso trabalho.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores da Secretaria de Saúde de Rio Branco/AC.

A nossa equipe decidiu realizar uma intervenção com foco na área programática de Saúde dos Idosos, por ser um dos grupos mais vulneráveis quanto às doenças e porque sabíamos que poderíamos alcançar bons resultados num curto espaço de tempo. A população alvo foi os idosos ou maiores de 60 anos.

Para o desenvolvimento desse projeto, propusemos vários objetivos e metas a serem alcançadas e que poderiam então ser avaliados por meios dos seus respectivos indicadores. A intervenção foi realizada durante três meses, começando o dia 19 de fevereiro ate 9 de maio (para efeito da coleta de dados), por meio de

um conjunto de ações sistematizadas, que foram monitoradas e cujos resultados apresentamos neste relatório.

Com relação à proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde, podemos dizer que foi um importante passo dado pela ESF, no desenvolvimento desta intervenção, já que cadastramos 200 idosos, o qual possibilitou a continuidade das ações planejadas, com maior foco nos aspectos relacionados à qualidade da atenção ofertada. Tivemos aos 100% dos idosos pertencentes à área de abrangência cadastrados, visando melhorar a adesão desses usuários ao programa, o registro das informações da unidade, mapear os idosos com doenças crônicas como hipertensos e/ou diabéticos, acamados ou com problemas de locomoção, com risco de morbimortalidade, com necessidade de atendimento odontológico e promover a saúde de nossos usuários compreendidos neste público-alvo.

No início, começamos com um número de 89 usuários acompanhados e registrados corretamente, para um 44,5%, já no final da intervenção, tínhamos conseguido o acompanhamento para 200 usuários para um 100%, alcançando bons resultados apesar dos desafios encontrados durante o processo da intervenção: período de intensas chuvas, enchentes e as vias de acesso intransitáveis para chegarmos até todos os nossos usuários. Porém, continuaremos esta intervenção nos próximos meses porque já está incorporada à rotina do serviço.

Aumentamos em número e qualidade as visitas domiciliares que são tão importantes para o nosso trabalho na atenção primária, porque não só foram para pesquisa, tratamento e acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes, mas também para o trabalho de educação em saúde que é muito necessário, principalmente quando o Estado estava vivendo as inundações e fortes chuvas.

Alcançamos objetivos que nunca antes haviam sido conquistados, a exemplo da melhoria no acolhimento e assistência ofertada aos usuários, incluindo não somente a oferta de medicamentos, mas empoderando a comunidade através de um maior conhecimento sobre a sua doença, sendo esclarecidas todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento e a doença. Aumentamos o número de usuários registrados e cadastrados no programa e melhoramos a saúde bucal de nossos idosos pelo esforço da equipe que agendou e coordenou as consultas em unidades vizinhas e os ACS avisavam nas casas, procuravam os meios de transporte e registramos os atendimentos, também uma maior integração da equipe e mais conhecimento e responsabilidade com o seus usuários em cada área. Nossa proposta é que possamos ampliar esta intervenção, com a mesma metodologia e ações sistematizadas, para outras áreas programáticas.

A conclusão desta intervenção trouxe mudanças para o nosso serviço, impactando de forma positiva em nossos processos de trabalho, bem como na maneira de vermos os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo para a integralidade do cuidado em saúde. A intervenção trouxe benefícios para todos os envolvidos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório é direcionado para a comunidade, já que realizamos na comunidade uma intervenção com usuários idosos para melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado a esses usuários.

A intervenção é um programa planejado com um grupo de ações a fim de melhorar o atendimento dos usuários e da comunidade em geral do bairro Taquari. Neste caso, realizamos uma intervenção direcionada à saúde das pessoas idosas ou maiores de 60 anos.

Para conseguirmos melhorar a assistência, precisamos inicialmente conhecer quantos e quem eram os usuários que tínhamos em nossa área, quantos foram registrados no programa para o atendimento e quantos deles tem risco de ser doentes, já por pressão alta ou diabetes, quantos tem problemas de locomoção são os acamados e quantos ainda não tinham sido registrados e atendidos pelo programa.

A intervenção foi realizada durante três meses, começando o dia 19 de fevereiro até 9 de maio (para efeito da coleta de dados). Começamos o nossa intervenção com um conjunto de ações planejadas. Para esta intervenção a nossa equipe teve que se preparar para as atividades que íamos fazer com os usuários, para que tudo ocorresse de forma organizada e com a melhor qualidade possível.

Para realizar com êxito nossa intervenção como foi planejada, algumas atividades tiveram a rotina alterada em nossa unidade, regulamos o número de atendimentos diários para outros usuários desde que não fossem situações de emergência, aumentamos o número de visitas às casas dos usuários, aumentamos as conversas e palestras para os usuários, não só sobre hipertensão e diabetes, também do cuidados dos idosos, acidentes nas casas ou ruas, alimentação saudável, cuidado da saúde bucal, pratica de exercícios físicos, diversos risco que afrontas os idosos e questões de interesse da comunidade, como as questões como

o cuidado com a higiene, muito necessárias, já que o nosso Estado estava passando pela pior inundação da sua história.

Apesar das alterações na rotina do serviço, devemos pensar que foi essa uma forma de melhor organizar a assistência prestada à população. A intervenção trouxe excelentes resultados não só para os usuários idosos, também a todos na comunidade, porque trouxe um melhor atendimento para os usuários, aumentou o conhecimento, não só com respeito à sua doença, mas em a prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais feitas, onde o resto da comunidade participava de conjunto com os usuários incorporados a intervenção. A proposta é que também melhore a assistência para outros usuários como os hipertensos, diabéticos, crianças, as grávidas e dependentes químicos.

Esperamos contar com a ajuda e o apoio de todos para continuarmos crescendo e fortalecendo o nosso trabalho, que traz benefícios para todos na comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O intercâmbio com a população e equipes de saúde do bairro de Taquari em Acre foi uma experiência maravilhosa e chegando o nosso curso ao final, neste momento de conformar o TCC. Lembro com muito prazer quando começamos a Especialização em Saúde de Família. Pensei inicialmente que, fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com a população desconhecida, para mim não ia ter muita relevância. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

Vinculando o trabalho diário à especialização, compreendi muito mais o problema de minha população, que é muito diversificada cultural e socialmente, com uma diversidade de doenças, algumas conhecidas de meu país de origem, outras de países onde já trabalhei, e algumas novas para mim que me obrigaram a estudar muito, seus riscos e características de cada uma, relacionando aos conhecimentos adquiridos no curso.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante porque aumentou em muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto de intervenção, o que trouxe muitos benefícios para todos, principalmente para a comunidade mudando hábitos e estilos de vida dos usuários e aumentando o conhecimento de todos eles, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais e coletivas. Forneceu o espaço para uma melhor relação com a comunidade nas visitas domiciliares onde chegamos a conhecer muito mais de perto as condições de vida tanto social, quanto cultural e epidemiológicas da nossa população.

Com esta especialização não somente eu e a comunidade ganhamos, também para nossa equipe foi muita beneficiada, porque contribuiu para que a

equipe se tornasse mais unida, ofertou conhecimentos a todos os membros da equipe e deu a possibilidade de colocá-los em prática.

O curso me ofertou ainda, a possibilidade de trocar conhecimentos com outros profissionais da saúde tanto nacionais como estrangeiros, com os nossos professores e instrutores do curso, trocando ideias, conhecimentos o que enriqueceu ainda mais nosso processo de aprendizagem.

Agora com a conclusão do curso, sinto que minha preparação é muito mais completa em dessa forma, me sinto mais preparado para enfrentar novos desafios e poder ajudar ainda mais e melhor a minha população.

Referências

ALFONSO, LM; AGRAMONTE, MS; VEA, HDB. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en usuários hipertensos. **Rev Cubana Med Gen Integr.**;v. 19, n. 2, 2003. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm. Acesso em 17 maio 2005.

ANDERSON, MP; GUSSO, G; CASTRO FILHO, ED. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. **Rev APS**. Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p.49-60, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. no 7. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2010.

Apêndices



Figura 9: Equipe de Saúde Taquari I
Fonte: arquivo pessoal



Figura 10: Todos têm suas atribuições profissionais definidas
Fonte: arquivo pessoal



Figura11, 12 e 13: Atendimento em áreas isoladas pela alagação.
Fonte: arquivo pessoal.



Figura 14: Atendimento em áreas isoladas pela alagação
Fonte: arquivo pessoal



Figura 15: Curativo de Idosa Dependente Química.
Fonte: arquivo pessoal



Figura 16: Visita domiciliar a idosa com problemas de locomoção
Fonte: arquivo pessoal



Figura 17: Assistência domiciliar a idoso por meio da visita do ACS
Fonte: arquivo pessoal



Figura 18: Os atendimentos são onde precisa. (idoso diabético)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 19: Semanais de planejamento do trabalho e capacitação
Fonte: arquivo pessoal



Figura 20: Ações com Grupo de Idosos (Palestras)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 21: Ações com Grupo de Idosos (Cadastramento)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 22: Ações com Grupo de Idosos (Cadastramento)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 23 : Ações com Grupo de Idosos (festa e dança - terapia)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 24: Ações com Grupo de Idosos (festa e dança - terapia)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 25: Ações com Grupo de Idosos (festa e dança - terapia)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 26: Ações com Grupo de Idosos (Passeio pelo zoológico)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 27: Os líderes coordenadores das Ações com Grupo de Idosos
(Passeio pelo zoológico)
Fonte: arquivo pessoal

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Belkis Caridad Bacas Hernández, médica e membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Belkis Caridad Bacas Hernández

Nome

Contato: Belkis Caridad Bacas Hernández

Telefone: (68 99205059)

Endereço Eletrônico:belkiscaridadbh yahoo.es

Endereço físico da UBS: Rua Baguari, final, UBS Maria de Jesus. Taquari

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Belkis Caridad Bacas Hernández Documento TCC, 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.

Belkis Caridad Bacas Hernández

Assinatura do declarante