

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Cidade Nova
Macapá/Amapá**

Pedro Luis Porras Ramos

Pelotas, 2015

PEDRO LUIS PORRAS RAMOS

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Cidade Nova
Macapá/Amapá**

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

Orientadora: Christiane Luiza Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R175m Ramos, Pedro Luis Porras

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Cidade Nova Macapá/Amapá / Pedro Luis Porras Ramos; Christiane Luiza Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 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. Santos, Christiane Luiza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho as minhas orientadoras do curso que tiveram a paciência e ajudaram em concluir este trabalho, a deus pela coragem durante toda esta larga caminhada e à luz divina de meus pais que do alto do grande infinito me guiam pelo caminho correto.

Resumo

RAMOS, Pedro Luis Porras. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS/ESF Cidade Nova Macapá/Amapá**. 2015, 94fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Com o crescimento da população nos dias atuais, a necessidade de ações mais eficazes nos cuidados dos idosos vem aumentando e ao realizar um levantamento de dados, desenvolveu-se uma ação programática prioritária na atenção básica, intervindo na assistência, promoção e prevenção à saúde dos idosos da área de abrangência da UBS/ESF Cidade Nova 1 situada na Norte no município de Macapá-Amapá durante doze semanas nos meses de Abril a Junho do ano de 2015. Nosso objetivo geral foi qualificar a atenção prestada às pessoas idosas e mais especificamente incluir a atenção odontológica. Para a realização da intervenção utilizou-se o banco de dados do SIAB, prontuários, registros específicos, dados dos ACS, planilha de coleta de dados, e ficha espelho fornecidas pela Universidade Federal de Pelotas. Ao início da intervenção havia uma estimativa de cobertura de 49% que com a intervenção alcançamos 100%. Alcançou-se ainda o exame adequado no programa de atenção aos idosos, com a realização de 100% de exames clínicos, incluindo exame físico dos pés com medida da sensibilidade e verificação dos pulsos tibial e pedioso a cada três meses para pessoas idosas diabéticas. Também foi feita 100% de avaliação multidimensional rápida com solicitação de exames complementares periódicos e priorizamos a prescrição de medicamentos das farmácias populares. Realizamos 100% de visitas domiciliares aos idosos acamados e com problemas de locomoção também visitamos 100% dos idosos faltosos as consultas programadas bem como rastreamos 100% dos idosos com HAS para DM. A avaliação de necessidades de atendimento odontológico realizou-se somente ao final da intervenção, alcançando 38% mostrando-se ser uma debilidade muito forte na UBS. Foram avaliados ainda o risco de morbidade, fragilidade na velhice e a rede social e garantimos as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal em o 100% do total de nossa população alvo. A intervenção permitiu uma melhora qualitativamente e quantitativamente na atenção a saúde dos idosos em nossa UBS, organizando os registros e capacitando a equipe para atuar neste foco de atenção e sendo que as ações promovidas na intervenção estão incorporadas como rotina normal do trabalho diário.

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

Lista de Figuras

Figura# 1	Tabela 1: Descrição das faixas etárias por gênero na UBS Cidade Nova#1. Macapá/AP	13
Figura# 2	Gráfico. Quadro Cronograma de atividades. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	62
Figura #3	Imagem: ESF. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	73
Figura #4	Arquivos na UBS. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	73
Figura #5	Capacitação a ESF em programa saúde dos idosos. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	74
Figura #6	Área de abrangência. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	74
Figura # 7	Ação de saúde em igreja da comunidade. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	74
Figura #8	VD a família disfuncional. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	75
Figura # 9	VD. Idoso faltoso a consulta. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	75
Figura # 10	Trabalho comunitário na área. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	76
Figura #11	VD idosos com problemas de Locomoção e acamado. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	76
Figura # 12	Ação de saúde Hiperdia. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	77
Figura # 13	Teste de glicemia. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	77
Figura # 14	Exame clinica geral a idosos cadastrado no programa. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	78
Figura # 15	Consulta medica aos idosos cadastrados no programa. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	78

Figura #16	Encontro com a gestora. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	79
Figura #17	Gráfico interativo de Cobertura do Programa Saúde do idoso. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	81
Figura #18	Gráfico interativo de Proporção idoso com prescrição de medicamentos na farmácia popular. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	83
Figura #19	Gráfico interativo de Proporção idoso com problemas de locomoção o acamados. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	84
Figura #20	Gráfico interativo de Proporção idoso com verificação de pressão arterial em primer controle. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	84
Figura #21	Gráfico interativo de Proporção idoso com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	85
Figura #22	Gráfico interativo de Proporção idoso com primeira consulta odontológica programática. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	86
Figura # 23	Gráfico interativo de Proporção idoso com Caderneta de saúde da pessoa idosa. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	87
Figura #24	Gráfico interativa Proporção idoso com orientações em saúde bucal. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.	89

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária de Saúde
AP	Amapá
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores, Ações.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único 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.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	61
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão.....	80
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

O presente trabalho trata de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família-Modalidade Educação a Distância, promovido pela Universidade de Pelotas (UFPEL). O estudo foi desenvolvido na área de atenção aos idosos (2014-2015).

O volume está organizado em cinco unidades interligadas, mas foram desenvolvidas individualmente a cada semana de acordo com a orientação do curso.

Na primeira unidade temos o relato da semana de ambientação para familiarização e análise situacional que avaliou a Unidade de Saúde e atenção prestada nos mais diversos temas (12 Semanas). A segunda unidade análise estratégica (10semanas) definiu o foco da intervenção e elaborou o projeto de intervenção nesse foco, já terceira unidade Intervenção (12 semanas) relata a propriamente dita, quarta unidade Avaliação da intervenção (8 semanas) que compilou os dados coletados na Intervenção em relação ao projeto Inicial.

Há ainda os relatórios da intervenção para informar os gestores e a comunidade sobre os resultados da Intervenção na UBS.

Realizamos ainda uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Ao Final do volume estão os anexos utilizados durante na intervenção e realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Pedro Luís Porras Ramos sou médico do Programa Mais Médico. Trabalho na unidade de saúde: Cidade Nova 1 em Macapá, Amapá. A unidade de saúde onde desenvolvo minhas atividades não tem uma boa estrutura física. Ela fica em uma casa adaptada para funcionar como unidade de saúde. Existe um projeto para a construção da sede própria da unidade, mas, por enquanto funciona de forma deficiente. A unidade conta com uma sala de consulta com boa iluminação, ventilação, mas, não é muito espaçosa. Possui farmácia com déficit de medicação, não temos laboratório e por isso os usuários precisam recorrer á laboratórios particulares ou outras entidades de saúde para realizarem seus exames. Possui sala de vacinação e não conta com sala de raios x.

Nossa equipe é composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e eu que sou o médico da família. Os principais problemas de saúde que a população da região apresenta são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Eu acho que este curso é muito bom para identificar as dificuldades de nossa unidade básica de saúde e assim, organizarmos ações de saúde para melhorar os principais indicado.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é a capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais. É cortada pela linha do Equador e localizada às margens do Rio Amazonas. Fica localizada no extremo norte do país, a 1.791 quilômetros de Brasília. Os dados de 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,

2010) revelam que a população da cidade é de 437.255 habitantes, sendo a quinta cidade mais populosa do norte do Brasil. Atualmente, vive um momento de crescimento tanto econômico quanto populacional, o que vem mudando o seu cenário e atraindo investimentos externos para o estado. É composta por 59 bairros oficiais e a atenção básica no município é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde dos usuários. A atenção básica se orienta pelos princípios da universalidade e acessibilidade e as Unidades Básicas de Saúde são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Equipar estas unidades dando infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio para o Brasil, pois é único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito e todos os investimentos vem do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia da Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no país.

Macapá possui 23 Unidades de Saúde sendo que 20 unidades atendem as populações urbanas e três unidades atendem a população rural. Conta com três Escolas de Enfermagem, uma Universidade Federal Pública (UNIFAP), cinco módulos de saúde familiar com 72 equipes de estratégia de saúde da família, oito núcleos de apoio à saúde da família (NASF) quatro equipes de atendimento domiciliar, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dois serviços de hospitais de emergência e um serviço de hospitais de especialidades que trabalham com agendamento e com o atendimento de urgência e emergência. São vinculados ao SUS por meio de secretaria de saúde. A situação socioeconômica do município predomina a classe menos favorecida, não contamos com esgotos na maioria das ruas, a água que não é tratada e entre as doenças mais prevalentes estão a Verminose, Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus. O município tem uma cobertura de 54.79% da Estratégia de Saúde da Família com a implantação do programa Mais Médico.

A Unidade Básica de Saúde onde eu trabalho chama-se Cidade Nova e se localiza no centro urbano de Macapá. É uma unidade básica de saúde que tem como modelo de atendimento a Estratégia de Saúde da Família com atendimento pelo SUS. Há dois anos ela funciona em uma casa alugada e adaptada para essas funções. O usuário que procura a unidade é acolhido e, ou recebe agendamento

para consultas ou tem o atendimento imediato de acordo com a doença e os sintomas. O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira de 7:00 às 17:00 horas. Nos finais de semana não tem atendimento e como local não é adaptado para tal, não presta atenção à urgência e emergência. Na unidade trabalham cinco equipes de Saúde da Família composta por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e seis agentes comunitárias. Conta com outros profissionais que presta atendimento á população com clínica geral, ginecologistas, pediatra, gastroenterologista, psicologia e equipe de NASF. Como já colocado, a unidade funciona em uma casa que não tem as condições de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e por isso são muitas as dificuldades estruturais que atrapalham o atendimento de qualidade. Não possui adaptações para os usuários com problemas da locomoção, sala de estar e triagens misturadas com espaço reduzido para as atividades, não tem banheiro de usuários, os consultórios são pequenos e não comportam o usuário e seu acompanhante sentados.

As salas são utilizadas de forma compartilhada pelos profissionais das equipes e demais profissionais de saúde por não ter espaço outros espaços disponíveis. A iluminação e climatização não são adequadas, não tem armazenamento de medicamentos não possui depósito de lixo não contaminado e este fica em sacolas de frente à UBS. Todas as limitações descritas, que afetam nosso trabalho e o atendimento ao usuário, são discutidas em uma reunião de equipe mensalmente onde fazemos um convite a um representante do Conselho de Administração da unidade e discutimos possíveis soluções para os problemas, elaborando um plano de ação com cada membro responsável por cada uma delas.

Outras ações que realizamos são discussões e reflexões dos questionários da Análise Situacional, pois vai nos ajudar, como ferramenta de trabalho, a fazer um melhor atendimento para a população e melhorar os indicadores de saúde.

Eu trabalho na equipe 012 onde temos área de abrangência definida com mapeamento da área. A última atualização do cadastro da população coberta pela UBS ocorreu em 2013 e essa atualização continua no nosso dia a dia.

O papel dos profissionais é identificar bem os grupos de agravos como Tuberculose Pulmonar, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e trabalhar pelo bem desses. Contamos também com a sinalização positiva dos equipamentos sociais tais como comércio escolas e igrejas e as redes sociais, associação de moradores e idosos para um trabalho em prol da comunidade. Realizamos atividades de

educação em saúde e cuidados da saúde: promoção, prevenção, orientação, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento. Nos horários da manhã fazemos visitas domiciliares planejadas a grupos populacionais com acompanhamento de técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). À tarde, realizamos consultas na unidade básica de saúde com atendimentos de pediatria, clínica geral e gineco-obstetrícia com vagas para consultas no dia e outra para uma eventualidade que possa acontecer. Com relação à referência e contra referência para atenção especializada, os profissionais respeitam os fluxos e utilizam os protocolos para todos os encaminhamentos e acompanhamentos dos planos terapêuticos propostos aos usuários pelas diferentes especialidades. Fazemos reuniões com a equipe completa mensalmente onde conversamos sobre construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Estamos trabalhando para formar um Conselho de Saúde com participação comunitária e assim discutirmos questões relacionadas com organização dos serviços de saúde, fazendo um melhor planejamento das ações programáticas. Escutamos novas propostas de toda a equipe para organizar o trabalho de maneira que possa responder as demandas da população, aumentarmos a programação às visitas domiciliares em usuários idosos, acamados, com doenças crônicas como a Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial, Cardiopatia Isquêmica e incapacidades oferecendo orientações a seus familiares sobre temas de cuidado, tratamento oportuno e principais complicações. Fazemos atividades de atenção bucal na escola com ajuda de técnico odontológico contratado pela gestão, porque uma debilidade é que não temos serviço odontológico.

Fazemos palestras públicas com participação comunitária dando orientações, conselhos sobre doenças infecciosas e importância da higiene dos alimentos e outros. Realizamos atividades de consulta e orientações gerais com a ajuda da igreja local. Reunimo-nos com as grávidas e puérperas e fazemos palestras sobre aleitamento exclusivo. Escutamos e damos respostas às dúvidas dos usuários para a aquisição de conhecimentos e habilidade para melhorar a qualidade de vida de nossa população. Apesar de todas as dificuldades, obstáculos e limitações nós trabalhamos para mostrar nossa capacidade de transformar e superar estas situações. Contamos com o apoio do Supervisor do Programa Mais

Médico para o Brasil, ele faz visitas mensalmente á unidade de saúde e tem comunicação direta para o aconselhamento nos temas de saúde. Nosso trabalho é reconhecer as necessidades da saúde da população e tentar uma solução aos problemas com responsabilidade, amor e desejos de trabalhar em conjunto com nossa equipe. A comunidade tem que ter participação direta em todos os assuntos, ajudando a solucionar muitos problemas já identificados.

A unidade básica de saúde tem uma população de 16.199 habitantes segundo dados fornecidos pela direção da UBS. A minha equipe atende um total de 3.188 habitantes.

Os resultados mostram uma população jovem com predomínio do sexo feminino, com baixo nível educacional, sócio econômico e das condições de vida, apesar de estar inserida em zona urbana.

Idade	Femininos	Masculinos	Total	%
< de 1	180	171	351	2.16
1-4	360	342	702	4.3
5-14	1895	1878	3773	23.2
15-59	5146	5126	10272	63.4
>= a 60	436	401	852	5.25

Tabela 1: Descrição das faixas etárias por gênero na UBS Cidade Nova #1 Macapá/AP

O atendimento a demanda espontânea é um tema muito importante. Assim o documento do Ministério de Saúde de 2011 sobre o acolhimento e fluxograma da atenção tem que ser conhecidos e discutidos por todos os profissionais da equipe para dar um atendimento de qualidade aos usuários. Além disso, é importante que a unidade básica de saúde conte com apoio da comunidade por meio dos conselhos locais a fim de efetivar a rede de atenção á saúde dos usuários de sua área adstrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial. O acolhimento em nossa Unidade Básica de Saúde é realizado por toda a equipe sendo um processo de primeira escuta de usuário para avaliar a necessidade de cuidados imediatos, identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas, prestar ou facilitar os primeiros cuidados, classificar o risco para definir as prioridades de cuidado, organizar os usuários no serviço. Porque temos algumas pessoas que necessitam de observação, administração de medicação, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transição respiratória e encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Para acolher a demanda espontânea é importantes que as unidades de

atenção básica tenham uma estrutura física adequada, ambiência adequada, insumos necessários como matérias para atendimento às urgências, medicamentos que devem estar à disposição as unidades básicas de saúde, e equipamentos de proteção individual, coisas que, infelizmente não contamos em nossa UBS pelas deficiências já mencionadas. É fundamental que as Unidades de Atenção Básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a rede de Atenção às Urgências em nosso município. Acho que ainda temos que trabalhar muito em capacitação no acolhimento com todos os profissionais da equipe. Mas já apresentamos mudanças em pouco tempo que funcionamos como equipe e a população se mostra satisfeita. Os gestores Municipais de Saúde têm percebido uma diminuição de casos de demanda espontânea de Emergências e Urgências no Hospital e na Unidade de Pronto Atendimento.

O Atendimento à Saúde da Criança é tema de prioridade em nossas unidades básicas de saúde. Na UBS Cidade Nova ocorre voltada a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde, no qual há priorização do acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, bem como o tratamento das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas. Também são registrados no Cartão da Criança os eventos importantes para a sua saúde, como condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas.

Há uma cobertura de 60% de puericultura na área de abrangência da UBS a estimativa do caderno de Ações Programáticas era de 351 e temos 212 crianças consultas ocorrem com atraso devido à dificuldade de descolamento dos pais com os recém-nascidos (RN) até a unidade e/ou falta de transporte para realização de visitas domiciliares regularmente. Além disso, muitos pais não dão muita importância à puericultura, sendo negligentes e só procurando a UBS quando as crianças estão com alguma doença aguda. Dessa forma, 5% das consultas estão em dia, de acordo com o protocolo do MS, 3% com atraso em mais de sete dias, e o teste do pezinho é realizado até sete dias em 100% dos casos. O município não oferece triagem auditiva neonatal e no momento não temos odontólogos contratados para atuarem na UBS Cidade Nova, por isso não existe também avaliação da saúde bucal das

crianças de forma ideal. No entanto, em todas as consultas há orientação para o aleitamento materno exclusivo e orientações para prevenção de acidentes. Para que essa realidade possa ser melhorada, é necessária a montagem de um local para atendimento odontológico e contratação de pelo menos um odontólogo para atuar dedicadamente nesta unidade, além da aquisição de materiais necessários para oferecer avaliação e tratamento de saúde bucal adequada a essas crianças. É necessária a elaboração de um cronograma juntamente com toda a equipe para garantir a realização das consultas de puericultura de forma regular sem comprometer as demais ações da unidade. Por isso temos muito a fazer e trabalhando em conjunto para o bem de todas as crianças.

A atenção pré-natal de baixo risco tem muita importância em nosso trabalho, essa atenção é planejada para fazer um bom atendimento tanto a mãe como a criança. Este atendimento em nossa área de abrangência registra um total de 165 grávidas que equivalem a uma cobertura de 66% da estimada pelo CAP, todas elas captadas no primeiro trimestre de gestação. 94% dessas gestantes acompanhadas na unidade têm cartão da gestante e 100% delas tem o esquema vacinal de hepatite B e de antitetânica. A cobertura dos exames de laboratório cobre 100% dessas usuárias. A avaliação de necessidade odontológica cobre 137 gestantes (83%) o que mostra o resultado do trabalho da equipe na orientação, prevenção e promoção de saúde. Infelizmente não realizamos atendimentos odontológicos por não possuímos uma equipe de saúde bucal. Outra questão de grande importância é a baixa cobertura que apresentamos de medicamentos para fazer tratamento de problemas muito frequentes em nossa área como é o corrimento vaginal. Temos dificuldades, mas, estamos trabalhando em conjunto para oferecer a cada dia, melhores resultados. Um bom atendimento no pré-natal permite que a futura criança nasça saudável e o nosso propósito sempre será, fazer a cada dia um melhor atendimento a todos os usuários e com isso melhorar os níveis de saúde da população de Cidade Nova.

A estimativa do número de puérperas é 341 e apresentamos em nossa área 248 puérperas. Isso significa uma cobertura de 71%. Sempre procuramos fazer a captação das mesmas na primeira semana depois do parto. A equipe se envolve e tenta oferecer uma atenção imediata e de qualidade falando da importância das consultas. Ainda temos muitas mulheres que demoram muito ao retorno nas

consulta pós-parto, nesses meses de trabalho e atendimento na UBS Cidade Nova, realizamos as visitas domiciliares em conjunto com os ACS que procuram de maneira oportuna por todas as gestantes e enfatizamos a importância das consultas do puerpério antes dos sete dias com a captação da criança. Esse é o período ideal onde se pode avaliar qualquer tipo de complicações como sangramento, infecção vaginal e o parto cesariano. As ações que fazemos tem a participação de nossas gestantes e fazemos dinâmicas grupais onde temos a oportunidade de participação ativa das mesmas para conhecer suas preocupações e assim darmos respostas a essas questões. Sempre informamos da importância do controle nos quarenta e cinco dias pós-parto.

Destaquemos que nosso trabalho está melhorando e a cada dia aumentamos as frequências de atividades para a saúde, preparando a mulher para a gestação e para as que desejam ter uma família trabalhamos também com o planejamento familiar, a prevenção da mortalidade infantil e materna.

Sobre as ações para prevenção do câncer de colo uterino e o câncer de mama nossa área apresenta um total de 2055 mulheres entre as idades de 25 e 64 para uma cobertura de 58% a partir da Estimativa do CAP. É importante esclarecer que atendemos muitas mulheres que são de fora da área e não conseguimos o seguimento delas. Os números que apresentamos são:

- 1075 exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia (52%);
- 1126 exames citopatológicos para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso (55%);
- 7 exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterado o que corresponde 1%;
- 2055 avaliações de risco para câncer de colo de útero (100%)
- 2055 orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero (100%);
- 2055 orientações sobre doença sexualmente transmissíveis (100%);
- 1075 exames coletados com amostras satisfatórias (52%);
- 7 exames coletados com células representativas da junção escamo coluna que corresponde a 1%.

Todos sabem que tanto o câncer de colo de útero quanto o de mama é bastante comum nas mulheres por isso elaboramos estratégias com a equipe de cadastrar 100 % dessas mulheres. As visitas domiciliares são necessárias para cumprir alguns objetivos são muito importantes. Um deles é o contato direto com a

usuário e a orientação sobre as maneiras de prevenção. Outra estratégia é a busca ativa dessas mulheres com os riscos pré-concepcional. Assim, conseguimos explicá-las sobre a importância do sexo protegido e as vantagens de fazer o exame de PCCU. Fazemos discussões com as mulheres sobre doenças de transmissão sexual e vírus do papiloma humano que é um fator de risco em desenvolvimento da doença. Também explicamos alguns sintomas da doença e informamos que toda mulher com idade dentro da faixa etária de risco deve fazer o teste. Assim, podemos detectar esse tipo de câncer precoce e fazer um bom seguimento e um tratamento oportuno. O câncer de mama é outra doença frequente.

Temos um total de 727 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da nossa equipe. Dessas, 632 mulheres entre 50 e 69 residentes são acompanhadas na Unidade Básica de Saúde que corresponde a 87% de cobertura. Temos em números: 321 mamografias em dia (51%); 211 mamografias com mais de três meses em atraso (33%); 632 avaliações de risco para câncer de mama (100%) 632 orientações sobre prevenção do câncer de mama (100 %). Esta doença ocorre por herança tanto paterna quanto materna, e as chances aumentam de acordo com o número de indivíduos afetados na família. O carcinoma é mais comum em mulheres com sobrepeso, pois dietas gordurosas aumentam a presença de bactérias capazes de converter colesterol e estrógeno. Em caso de suspeita ou anualmente (após os 40 anos) é muito importante à realização de uma mamografia. As dificuldades na realização de mamografias e a demora no atendimento em hospital desmotivam muitas mulheres a fazerem diagnósticos preventivos e aqui a importância de aproveitar a oportunidade quando as mulheres buscam a unidade para coleta do PCCU, e nessa mesma consulta realizar o exame das mamas completo, fornecer orientações e ensinar o autoexame e solicitar a mamografia conforme preconizado pelo protocolo do MS (Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). É importante aumentarmos as informações para as mulheres para que assim elas modifiquem seus estilos de vidas para uma melhor saúde. A consulta na equipe de saúde da família é um ponto fundamental para a prevenção.

A hipertensão e diabetes são as doenças crônicas e os principais fatores de risco para problemas cardiovasculares. É muito comum acontecer a associação das duas patologias e isso se deve a existência de mecanismos comuns para ambas as enfermidades. Temos um total de 537 hipertensos e 167 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS, totalizando uma cobertura de 57% para os hipertensos e

55% para os diabéticos do total estimado pelo CAP. São realizadas consultas médicas e de enfermagem para adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) uma vez por semana nos períodos da manhã e da tarde onde são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, estímulo e prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e sobre os malefícios do tabagismo, imunizações, entre outras.

Na unidade temos o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e DM. Nesse cadastro é possível identificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS e DM de risco e avaliar a qualidade do programa.

No âmbito da UBS a equipe de saúde também realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM. Devido ao fato dos hipertensos e diabéticos faltarem muito às consultas agendadas à equipe de saúde esta fazendo palestras na unidade e na comunidade enfatizando a importância das consultas de Hipertensão, prática de exercício físico e a importância de fazer dieta saudável.

A Organização Pan-americana de Saúde define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte". É um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, e por isso a saúde dos idosos tem grande importância. Normalmente, os idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante. Por não ter cura, essas condições crônicas frequentemente estão associadas e podem gerar incapacidade, afetar a funcionalidade das pessoas idosas impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Em minha Unidade Básica de Saúde temos um total de 320 Idosos totalizando uma cobertura de 49% do total estimado. O programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta a ser alcançada, pois o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feito a consulta dos hipertensos e diabéticos, o qual limita a cobertura e uma atenção mais integral. Nesse atendimento não existe uma abordagem integral, pois nem todos os profissionais estão envolvidos, mas, temos algumas ações para o cuidado a pessoas idosas como Imunização e promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Temos um protocolo que é seguido, mas, não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos. Em nossa equipe temos um total de 320 Idosos com 100% deles com avaliação multidimensional rápida, sendo que 48 idosos (12%) estão com o acompanhamento em dia. O programa de atenção a saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar, pois o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feito a consulta dos hipertensos e diabéticos, o que limita a cobertura e uma atenção mais integral . No atendimento não existe uma abordagem integral, pois não todos os profissionais estão envolvidos nesse atendimento, mas realizamos ações como imunização, promoção de hábitos alimentares saudáveis. Existem os protocolos que são utilizados de forma correta, mas não existe arquivo específico para os registros do atendimento aos idosos Nossa equipe realiza ainda visitas domiciliares aos usuários idosos, fundamentalmente aqueles que demandam um cuidado diferenciado e trabalhamos no registro destes usuários em conjunto, oferecemos orientações às famílias sobre os cuidados com a pessoa idosa.

O caminho é longo mais acreditamos que podemos melhorar com a boa vontade de todos os profissionais de todas as equipes e dos gestores da saúde. É bom destacar que o princípio territorial é fundamental em Atenção Básica de Saúde é a responsabilidade que tem cada equipe pela atenção á saúde de todas as pessoas que estão em nossa área de abrangência.

A atenção á saúde bucal em minha UBS não é feita com qualidade porque não temos a equipe de saúde bucal e, portanto, essa prestação de serviço. A equipe tenta fazer o melhor possível respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mais, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. É importante que aconteça o planejamento para um serviço de Saúde Bucal e a contratação dos

profissionais para compor essa equipe. Assim a equipe poderia prestar uma melhor assistência aos usuários além de conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos nesse processo.

A equipe se esforça e consegue fazer algumas visitas nas escolas da área de abrangência. Mas, isso é insuficiente. Precisamos de ações intersetoriais para mudar as circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde do coletivo e conduzir a ambientes mais saudáveis, estabelecendo parcerias com setores e atores dentro e fora da área da saúde.

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

Mesmo com todos os obstáculos que atravessamos diariamente por não ter uma Unidade Básica de Saúde em condições de trabalho satisfatórias e poder oferecer uma atenção de qualidade, a unidade de saúde apresenta resultados positivos. As equipes se esforçam para acompanhar essas famílias com necessidades de saúde levando promoção e prevenção de saúde, As ações da minha equipe (enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) merecem destaque porque todos trabalham na resolução dos casos. Não é fácil atender a todos, muitas vezes as pessoas saem insatisfeitas porque a demanda é muito grande, mas, o acolhimento de toda a população é bom e estamos fazendo um esforço bem amplo para conscientizar a população em todas as atividades de saúde e poder melhorar os indicadores de saúde da comunidade Cidade Nova.

Ao realizar a leitura do texto inicial, Qual a situação da ESF/APS em seu serviço? E comparar com o relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Situacional da Especialização em Saúde da Família fiquei mais comprometido com o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde e mais consciente da situação de saúde da comunidade adstrita no serviço, percebendo os pontos positivos e os que devem ser melhorados pelas equipes da minha UBS.

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde em que estou trabalhando é muito ruim, o espaço físico da unidade é insuficiente ocorrendo sempre uma superlotação, mas a quantidade de médicos é adequada. A gestão está consciente desses problemas, mas, afirma que a solução para a reestruturação está prevista

para 2016. É necessário cadastrar os 100% da população da área de abrangência e os agentes comunitários de saúde trabalham nisso. Mas, a falta de profissionais como um odontólogo e técnica de odontologia, laboratório clínico são problemas que estamos apresentando e que pode desequilibrar a atenção da maioria dos usuários de nossa área, pois os mesmos estão muito necessitados desses serviços.

Com todo o detalhamento feito no Relatório Final da Análise Situacional, considero que há muitos pontos a serem estudados para adequar a Unidade Básica de Saúde e nos levarem a cumprir objetivos e metas para elaborar um plano de ação para melhorar os indicadores básicos de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Temos muito problemas estruturais, porém, os recursos humanos que estão disponíveis na UBS Cidade Nova estão prontos para ajudar a população do local.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Com o crescimento da população nos dias atuais, a necessidade de ações mais eficazes nos cuidados dos idosos vem aumentando. Torna-se necessário então melhorar sua qualidade de vida proporcionando promoção à saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) estima-se que, para o ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. As pessoas adultas têm desafios específicos. No Brasil não é diferente. O fato é que a população brasileira hoje é idosa, mais de 10,5 % da população total do país (IBGE, 2010) o que é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população - em 1991, eles eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%) (IBGE, 2010). É conhecido que a porta de entrada preferencial do idoso no sistema de saúde é a unidade básica de saúde. Essa é responsável pelo acompanhamento adequado e contínuo nesta faixa etária e pela organização de ações de saúde orientadas pela integralidade do cuidado. As equipes de saúde da família devem iniciar a oferta de ações em saúdes referentes ao cuidado do idoso, conhecendo ao máximo sua população, cumprindo com as orientações do protocolo dos cuidados à essa população (Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/ GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006).

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho é a Cidade Nova 1 que fica localizada na cidade de Amapá/ Macapá. Possui cinco equipes de saúde e sou o médico da equipe 012. Apresenta uma estrutura física precária o que impossibilita um bom atendimento à população geral. Possui uma sala para a triagem e espera de usuários, dois consultórios pequenos com mínimas condições, onde trabalhamos

alternando horário de consultas. Alguns trabalham de manhã, outros à tarde e em outros dias os horários vão de 13h a 16h e de 16h em diante outro profissional faz atendimento. Com tudo isso é percebido que a estrutura da unidade básica de saúde é precária. A unidade básica de saúde tem uma população de 16199 habitantes segundo dados fornecidos pela direção da UBS. A minha equipe atende um total de 3188 habitantes.

Em relação à atenção à saúde dos idosos, hoje apresentamos uma cobertura de apenas 49% dessa população, totalizando 416 idosos. Esses são atendidos junto com o grupo de hipertensos e diabéticos e não possuímos uma atenção voltada apenas para estes. A equipe não segue nenhum protocolo para esse atendimento e não consegue fazer uma abordagem integral. Não existe arquivo específico para os registros de atendimento aos idosos e nem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilidade. Realizamos algumas ações para o cuidado a pessoas idosas como imunização, visitas domiciliares, promoção de hábitos alimentares, fundamentalmente aqueles que demandam um cuidado diferenciado. Na análise situacional observou-se que nenhum dos idosos possuía caderneta do idoso, somente o 12% possuía acompanhamento em dia. As doenças crônicas HTA e DM não tem seguimento adequado só são realizadas em 38% dos pacientes acompanhados, assim como a avaliação multidisciplinar rápida em somente 48% dos idosos. Os indicadores para avaliação da fragilidade da velhice, riscos de morbidades foram realizados em 34% dos idosos e as orientações para prática de exercício físico e alimentos saudável não foram avaliados com qualidade e a saúde bucal se constitui a nossa maior debilidade, pois não temos atendimento odontológico.

A equipe tem muito interesse e uma grande vontade de prestar uma atenção de maior e melhor qualidade para essa população que tanto merece o nosso cuidado.

Torna-se então necessário que todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde façam um esforço no sentido de captar estes idosos e melhorar os registros, especialmente a realização de avaliações abrangentes e completa baseada no risco, promovendo um diagnóstico e tratamento precoce, daqueles em estado de necessidade ou fragilidade e promovendo o objetivo proposto pelo Ministério da saúde para alcançar um envelhecimento satisfatório com qualidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Cidade Nova Macapá/Amapá.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos idosos.

Metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Relativas 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.

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 três meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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.

Relativa 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.

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na Unidade de Saúde da Família (USF) Cidade Nova #1 no município de Macapá/AP. Participarão da intervenção os indivíduos maiores de 60, estimados em 320 idosos, nossa população alvo. O objetivo é melhorar a atenção à saúde para este grupo de nossa área, através de capacitações, cadastramento, registro do levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas da atenção primária de saúde para coleta das informações, para isso será utilizados os prontuários, planilha de coleta de dados e ficha espelho registros específicos fornecidos pela UFPEL. Os resultados obtidos serão analisados em conjunto e se comentara de acordo com as ações planejadas para melhor compreensão os resultados serão presentados em gráficos e tabelas.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira mensalmente realizará o monitoramento o número de idosos cadastrados no programa com relação ao número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde através da revisão das fichas espelhos e planilha de coleta de dados

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: O acolhimento dos idosos acontecerá todos os dias na UBS e em todos os turnos de trabalho, verificando sua pressão arterial por qualquer motivo de consulta e se mantem a busca ativa dos mesmos no bairro em as visitas domiciliares. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo acolhimento indicaram hemoglicoteste aos idosos com pressão maior que 135/80mmHg.

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

Detalhamento: Esse cadastramento acontecerá desde já atualizando todas as informações relacionadas a este grupo populacional onde os agentes comunitários de saúde tem o major peso do trabalho na área, mas todas as pessoas que trabalham em saúde na unidade serão capacitadas para um acolhimento de qualidade este grupo população, dando continuidade às orientações dadas no programa de atenção nos idosos para dar um seguimento de acordo com o protocolo e assegurando uma porta aberta do serviço para os idosos.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Implantar planilha/registro específica de acompanhamento do atendimento aos idosos e definir os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Engajamento Público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas por todos os profissionais da equipe em todos os lugares e espaços da comunidade para isso nos auxiliarão de folhetos, palestras em igrejas e comunicação com os líderes para divulgação de informação do projeto. O médico e a enfermeira serão os maiores responsáveis avaliando as informações semanalmente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Essas capacitações ocorrerão durante as reuniões de equipe cada quinze dias o médico será o maior responsável. Os temas abordados serão acolhimento, busca ativa e a saúde do idoso seguem a política nacional de humanização (BRASIL, 2006) e o Protocolo de atenção aos idosos (BRASIL, 2012)

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Cidade Nova1 Município Macapá/AP.

Meta 2.1. Melhora a qualidade da atenção aos idosos na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A equipe de enfermagem revisará os prontuários e caderneta do idoso semanalmente para comprovar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e detectar os faltosos para fazer a busca ativa dos mesmos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria).

Detalhamento: Em reunião com a gestora na UBS será organizado tudo para que se facilite todo o material necessário para poder ter resultado positivos em desenvolvimento do projeto

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

Detalhamento: Para isto capacitaremos a todo pessoal que tem trabalho direto com o usuário, realizando discussões com equipe sobre as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, organizando todas as informações. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por essas ações. Os recursos serão solicitados aos gestores através de ofício e as atividades serão planejadas, discutidas e distribuídas para os profissionais nas reuniões de equipe as que são feitas duas vezes ao mês.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Em palestras na igreja e grupos dos líderes forneceremos as informações básicas para que ajudem a divulgar o risco da velhice e como podemos melhorar e ter uma longevidade satisfatória.

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

Detalhamento: Em cada controle feito os usuários serão informados sobre seu estado de saúde e orientados a como melhorar dia a dia com dieta saudável, prática de exercício físico. Toda a equipe será responsável por essas ações. Todos os profissionais em conjunto farão grupo de idosos e palestras em educação para a saúde para toda a comunidade alertando sobre a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Essas

atividades serão realizadas mensalmente em locais da comunidade como escolas e igrejas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: As primeiras semanas do projeto estão destinadas a capacitação dos profissionais de saúde em um exame clínico de qualidade para poder garantir um controle adequado para isso o médico e os profissionais do NASF serão os responsáveis por facilitar todas as informações necessárias nas reuniões de equipe.

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico será o responsável pelo monitoramento diário da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde revisando as informações preenchidas no prontuário e outros documentos que facilitam a informação como ficha espelhos e coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico definirão semanalmente as atividades que farão os membros da equipe durante as reuniões.

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

Detalhamento: Os ACS serão os responsáveis pela busca aos idosos que serão apontados pelo médico e pela enfermeira.

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

Detalhamento: Será separado um horário na agenda diária para atendimento aos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento: Será informado ao gestor para que ele realize pactuações para garantir essas referências.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas a toda pessoa que tem consulta na UBS com sessenta anos com ou sem doença crônica como HTA/DM, também serão feitas durante as visitas domiciliares por todos os profissionais da equipe que estarão capacitados para isso.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pelas capacitações que ocorrerão durante as reuniões de equipe nas primeiras semanas da intervenção.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS monitorarão o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais feitos todas as semanas.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico fará a solicitação dos exames de acordo com a necessidade de cada usuário e repassará ao gestor municipal a necessidade da realização desses exames.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas por todos os profissionais da equipe que repassarão as orientações em sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos oferecidos.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pelas capacitações que ocorrerá nas reuniões de equipe duas vezes ao mês.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão levantamento quinzenal do abastecimento dos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia de acordo com a população usuária destes medicamentos para detectar a falta destes e reorientar os usuários.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: A enfermeira será a responsável pela realização mensal do controle de estoque e validade de medicamentos e pelo registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Estas orientações serão repassadas durante o contato com a comunidade em grupos, palestras, consultas, visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico dará explicações sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes além de oferecer capacitação para a equipe em geral sobre como orientar os usuários nas alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Essas atividades ocorrerão nas reuniões de equipe.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico monitorarão o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados nas visitas domiciliares por os ACS baseados na estimativa de 8% dos idosos da área de abrangência.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Os ACS são os responsáveis em manter o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área com atualização mensal.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas por todos os profissionais da equipe que repassarão as orientações em sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos oferecidos. Contaremos também com o apoio das igrejas para anunciarem a existência do programa.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe os ACS serão capacitados pelo médico e pela enfermeira.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira e os ACS monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção e os ACS serão os responsáveis por organizar e planejar essas visitas que serão feitas por toda a equipe ESF.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: A equipe contará com um turno da semana reservado para a realização das visitas domiciliares a idosos acamados o com problemas de locomoção.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar ou com problemas de locomoção. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados.

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos oferecidos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis por capacitar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência e de como se reconhecer casos que necessitam de vista domiciliar, por meio de dinâmicas e rodas de conversa em as reuniões de equipes feitas duas vezes ao mês na UBS.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento: Mensalmente será feito o monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS por meio da revisão dos prontuários feita pela equipe de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Nas capacitações aos profissionais da saúde informaremos da importância que tem o acolhimento a pessoas com sessenta. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo acolhimento aos idosos portadores de HAS que ocorrerá em todos os dias e turnos de trabalho.

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

Detalhamento: Todo este material foi discutido com a gestora que garantirá tudo para que o exame clínico tenha qualidades. O médico será o responsável por essas ações.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Isso acontecerá em todos os ambientes da UBS, nas visitas domiciliares, nos grupos que serão organizados. Todos os profissionais de saúde serão responsáveis pelas orientações.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamentos: A enfermeira e o médico farão a capacitação mensal dos ACS e técnicos de enfermagem sobre a técnica de 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 ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Mensalmente o médico e enfermeira vai fazer o monitoramento dos idosos com pressão arterial sustentada maior 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus seguem o manual do atendimento as pessoas idosas para poder desenvolver o projeto com qualidade por meio da revisão dos prontuários e todas as informações feitas por os ACS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe terão capacitação e serão responsáveis pelo acolhimento aos idosos portadores de DM que ocorrerá em todos os dias e turnos de trabalho.

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

Detalhamento: Os materiais necessários para a realização do hemoglicoteste serão solicitados ao gestor da unidade. O médico será o responsável por essas ações.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos oferecidos.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação das equipes que acontecerá nas reuniões de equipe a cada quinze dias por meio de rodas de conversa e dinâmicas.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos. Detalhamento: O médico e a técnica de saúde bucal monitorarão a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos através de entrevista nas consultas com anotações nos prontuários.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Na capacitação dos profissionais de saúde está incluído o tema de acolhimento com qualidade a pessoa idosa que procura atendimento médico na UBS

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Como todas as pessoas que trabalham na UBS terão capacitação no projeto o cadastramento poderá acontecer no momento que o usuário vem a consulta por qualquer sintoma.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: As pessoas com sessenta anos ou mais terão prioridade na UBS
Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A nossa UBS não possui equipe de saúde bucal e para atingir essa meta será necessária a participação de todos os profissionais da equipe. A técnica em saúde bucal será a maior responsável pela avaliação. Os idosos que necessitarem de atendimento serão encaminhados para a unidade mais próxima que presta esse serviço.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe para a comunidade em todos os ambientes propícios como sala de espera, visitas domiciliares, consultas e grupos oferecidos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: O médico e a técnica em saúde bucal capacitarão a equipe para realizarem essa avaliação. Essas capacitações ocorrerão nas reuniões de equipe todas as semanas, para isso temos que elaborar uma agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e organizar acolhimento os idosos na unidade de saúde oferecendo atendimento prioritário aos idosos seguem sua doença.

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

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

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

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

Monitoramento e Avaliação.

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de todos os idosos e organizar o acolhimento a na unidade de saúde fazendo um cadastro de todos os idosos e oferecer um atendimento prioritário.

Organização e Gestão do Serviço.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos.

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico identificar riscos e encaminhar aos pacientes por protocolo.

Engajamento Público.

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal e esclarecer sobre a necessidade da realização de exames bucais.

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

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe.

Qualificação da Prática Clínica.

Capacitar os ACS para captação de idosos com lesões bucais e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: O médico e a técnica em saúde bucal capacitarão a equipe para realizarem essa avaliação. Essas capacitações ocorrerão nas reuniões de equipe todas as semanas.

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

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

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

Detalhamento: Será feita semanalmente pela enfermeira por meio da revisão dos prontuários clínicos.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Os ACS serão os responsáveis pelas buscas ativas e será reservado na agenda um horário para atendimento aos usuários provenientes dessas buscas.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelos profissionais da equipe que farão visitas domiciliares e palestras para orientar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e ter um controle de todas as pessoas com sessenta anos e mais para fazer controle já tenha o não doença crônica.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a capacitação mensal dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade assim como definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações na UBS.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico será o responsável por monitorar cadastro atualizado o 100% das atividades que realizamos como este grupo populacional para desenvolver um projeto de qualidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Nas capacitações nós orientaremos um registro controle para todos os profissionais de modo a garantir as informações corretas de todos os idosos que procuram atendimento, seja por demanda espontânea orientação por ACS ou líderes da comunidade. Também se organizará o trabalho de cada membro da equipe responsabilizando cada um no controle de todas as informações. O médico e

a equipe de enfermagem manterão atualizado o sistema de registro dos idosos fazendo revisão mensal do novo registro implementado para acompanhamento do atendimento.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Essas orientações serão repassadas por todos os profissionais da equipe durante os contatos com a comunidade em reuniões e palestras em igreja e outros centros de apoio.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira repassarão aos profissionais da equipe todas as orientações para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento e atendimento aos idosos, durante as reuniões de equipe.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe monitorarão os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todas as oportunidades do seu uso.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico solicitará ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Ação: Engajamento Público

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

Detalhamento: Todos serão informados da importância de portar a caderneta durante todos os contatos dos profissionais da equipe com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe acontecerá também a capacitação da forma adequada de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, pelo médico e pela enfermeira.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira que usará das informações trazidas pelas ACS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico terá em sua agenda uma reserva vagas para atendimento na UBS assim como o planejamento das visitas domiciliares, para priorizar atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Essas orientações acontecerão durante os grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente pela equipe. Os profissionais orientarão a todos sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira oferecerão mensalmente palestras de diversos temas de interesse para a equipe onde será exposta também a forma adequada para a 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.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Depois de detectado a fragilidade esses idosos serão atendidos de imediato pelo médico nas vagas reservadas da agenda para eventualidades.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Os ACS monitorarão mensalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através da busca ativa dos mesmos e nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Durante a realização dos grupos de idosos que serão oferecidos mensalmente os profissionais orientarão os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Durante as capacitações que ocorrerão nas reuniões de equipe, o médico será o responsável em transmitir aos profissionais formas de identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico farão revisão mensal da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorarão todos os idosos com rede social deficiente em conjunto com os ACS.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Depois de identificado os idosos com rede social deficiente, o médico irá atendê-los de imediato nas vagas reservadas para eventualidades.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Essas ações ocorrerão em todos os contatos dos profissionais da equipe com a comunidade contando com o apoio de igrejas e escolas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe ocorrerão as capacitações dos profissionais para avaliar a rede social dos idosos. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por essas capacitações.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos na UBS.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além de monitorar os obesos e desnutridos na revisão dos prontuários clínicos e na caderneta da pessoa idosa.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: As atribuições de cada profissional serão definidas durante as reuniões de equipe com a participação de todos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Durante os grupos que ocorrerão na comunidade o profissional responsável pelo tema orientará todos sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Os profissionais do NASF serão responsáveis pelas capacitações que ocorrerão nas reuniões de equipe.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Os ACS e o técnico de enfermagem serão os responsáveis pelo monitoramento sobre as orientações durante as visitas domiciliares e contato com os idosos, também através de prontuários e fichas em espelhos.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: A enfermeira é a responsável em encaminhar ofício para o gestor pedindo parcerias e as definições do papel de cada profissional será decidido em reunião com todos os profissionais.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Todos os profissionais que estiverem em contato com os idosos terão capacidade de transmitir as orientações além de serem repassadas durante a realização dos grupos e palestras.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Os profissionais do NASF, em especial, o fisioterapeuta fará palestras para os profissionais da equipe sobre atividade física regular durante as reuniões de equipe.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e a técnica de saúde bucal monitorarão as atividades educativas individuais através da revisão dos registros de participação.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Essas ocorrerão durante as consultas médicas e de enfermagem.

Engajamento Público

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

Detalhamento: A técnica em odontologia orientará aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias em todas as ações de saúde planejadas pela equipe, além dos grupos de idosos organizados e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Como a unidade não possui equipe de saúde bucal todos os profissionais em contato direto com os idosos serão capacitados para transmitir as orientações junto com a técnica de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Cidade Nova 1 Macapá ,AP

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Cidade Nova#1 Município Macapá/AP.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador 2. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP

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

Indicador 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP

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

Indicador 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP

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

Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 8. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP

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

Indicador 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 12. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas, da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 13: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP.

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

Indicador 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova #1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Cidade Nova 1 município Macapá, estado Amapá.

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

Indicador 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados da UBS Cidade Nova #1 Município Macapá/AP

2.3.3 Logística

Para a realização do projeto de intervenção na saúde dos idosos iremos adotar o Protocolo de Atenção aos Idosos (BRASIL, 2012). Utilizaremos as informações da secretaria de saúde para identificarmos os idosos da área já que não existe um seguimento dessa população e nem o programa de atenção aos idosos na UBS. Para o controle das informações usaremos o prontuário do usuário e ficha-espelho para complementar onde serão anotados os dados do exame clínico, avaliação multidimensional rápida e exame bucal. Estimamos alcançar os 320 idosos de nossa área de abrangência. As fichas ficarão anexadas no prontuário e as informações serão monitoradas semanalmente pelo médico e pela enfermeira da equipe. Acionaremos a gestão municipal para a disponibilização de cópias suficientes das fichas-espelho para todos os usuários. A planilha eletrônica disponibilizada pela UFPel será utilizada para o acompanhamento semanal dos dados do trabalho.

Para a organização do registro específico dos dados a enfermeira adotará um livro de registros de agendamento de consultas e de acompanhamento dos idosos. Assim facilitará a condensação de todas as informações disponíveis que serão transcritas para as fichas-espelhos como exame clínico, exames laboratoriais e consultas em atraso. Isso facilitará o monitoramento. A técnica de enfermagem será responsável pela revisão das fichas e acompanhamento dos registros semanalmente e depois repassará para o médico e a enfermeira em reuniões de equipe.

Todos os profissionais da equipe precisarão de treinamento e para isso serão realizadas capacitações para o atendimento segundo o protocolo e mais cadastramento, acolhimento, busca de idosos faltosos a consulta, exames necessários, avaliação multidimensional rápida, tratamento de idosos com doenças crônicas, orientações nutricionais e o cumprimento desses tratamentos. Essas capacitações ocorrerão na própria UBS semanalmente e o médico será o profissional responsável. Os equipamentos audiovisuais e materiais utilizados na capacitação serão solicitados ao gestor da unidade.

Ao chegar à UBS o idoso será recebido pela técnica de enfermagem e será avaliado. Os que apresentarem problemas agudos serão atendidos de imediato e terá retorno marcado para o terceiro dia consecutivo.

As consultas domiciliares serão agendadas com a enfermeira, através dos registros das ACS e serão realizadas em turno e horário separado para esse fim. A busca dos usuários faltosos será monitorada pela enfermeira que passará a informação para a ACS que ficará responsável pelo contato com o usuário e seu reagendamento.

Em relação à avaliação odontológica, como não possuímos a equipe de saúde bucal, será realizado pela equipe de enfermagem. Os usuários que necessitarem de tratamento odontológico serão referenciados para outra unidade que oferece o serviço.

Durante as consultas, os usuários e seus acompanhantes receberão motivação e orientação para a adesão de hábitos de vida saudáveis, a importância da adesão ao programa e o cumprimento das consultas agendadas.

O estado nutricional e as necessidades calóricas dos idosos serão avaliados pelo nutricionista e fisioterapeuta do NASF. Estes repassarão ao médico e à enfermeira o índice de massa corporal e cálculos calóricos para realização de atividades físicas.

A comunidade será informada sobre o programa, sobre a importância dele para a saúde dos idosos, a importância do exame clínico, da avaliação multidimensional rápida, do cumprimento dos tratamentos, do perigo da automedicação, importância das consultas agendadas. Para isso contaremos com o apoio das Igrejas que tem grande influência na população local pelo número de pessoas que praticam uma ou outra religião.

Os dados da intervenção serão consolidados ao final de cada semana e serão registrados na planilha eletrônica que a universidade disponibiliza.

O médico e enfermeira serão os maiores responsáveis pela intervenção e avaliarão periodicamente a cobertura de atenção aos idosos, às ações propostas e o comportamento da atenção odontológica que infelizmente, dependerá de outra unidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegamos ao final da intervenção, embora tenhamos tido muitas dificuldades no transcurso da mesma, a intervenção em saúde das pessoas idosas da nossa área deu certo.

Fazendo um resumo da intervenção podemos dizer que todas as ações foram feitas no transcurso dela, uma mais integralmente tal como estavam planejadas, e outras de forma parcial quase ao final do projeto. Apresentando, sim, muitas vicissitudes, mas felizmente tivemos força e integralidade da equipe, que sem dúvida, ajudaram o bom desenvolvimento da intervenção.

Dentre as ações previstas e desenvolvidas todas as capacitações previstas a serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram feitas integralmente com a participação de todos os membros das equipes de saúde da família e o pessoal da Unidade Básica de Saúde. Ao início tivemos algumas dificuldades com os materiais de apoio, mas no transcurso da intervenção fomos melhorando a qualidade das capacitações com a ajuda de todos os membros da equipe. Além disso, em cada reunião da equipe trazíamos temas novos para dar continuidade às capacitações em rondas de conversas e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários com sessenta anos e mais.

Ao início da intervenção um dos objetivos foi estabelecer o papel de cada profissional da equipe na intervenção o que foi possível e todos estiveram de acordo com o pactuado bem como todos cumpriram as suas tarefas de forma satisfatória demonstrando que quando trabalhamos em equipe tudo pode ser possível.

Também tivemos como meta criar um registro dos usuários da ação programática, registro este que ficou na nossa sala e que permitiu o monitoramento semanal dos indicadores. No transcurso da intervenção e na medida em que foram

detectadas algumas dificuldades, alguma estratégia era planejada para melhorar o indicador, o que foi feito e deu resultados certos para atingir a metas propostas.

A agenda de trabalho foi reorganizada para melhorar o acolhimento dos usuários com sessenta anos ou mais com a participação de nossos agentes comunitários que foram para as áreas e realizaram o cadastramento deles. Foi selecionado um dia da semana para realizar o atendimento dos usuários da intervenção e cada dia ficou duas vagas para acolher aos usuários provenientes da busca ativa na comunidade e muitos que, depois de ter conhecimento do trabalho procuravam seu atendimento. Neste ponto tivemos algumas dificuldades já que junto com a intervenção iniciou o período invernal e com a chegada das chuvas, aumentou muito a demanda espontânea por casos de Dengue, Infecções Respiratórias Agudas, e Doenças Diarreicas Agudas, mas conseguimos acolher a todos e o trabalho foi bom.

Também com as chuvas se afetou a busca ativa dos usuários idosos, assim como os usuários faltosos a consulta nas comunidades. Neste ponto sofremos muito já que os indicadores de cobertura ficavam muito baixos e parecia que não poderíamos atingir as metas propostas, graças à unidade mostrada pela equipe e o entusiasmo para cumprir os objetivos conseguiu superar as dificuldades com novas estratégias e melhorar o indicador de cobertura significativamente nas últimas semanas da intervenção.

Iniciando a intervenção tivemos uma reunião com a gestora da Unidade Básica de Saúde que ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento da mesma e esta foi uma das principais facilidades a nosso favor. Mas infelizmente, não contamos com o apoio dos gestores municipais no transcurso da intervenção, fato este que podia ter afetado o desenvolvimento do projeto, mas na verdade nem tanto, já que com os nossos esforços logramos atingir quase todas as metas propostas. Assim que esta não foi uma dificuldade muito grande para o cumprimento das ações.

As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar o nosso projeto. Fizemos atividade nas igrejas e nas escolas da comunidade e a participação das lideranças que contribuíram de forma positiva na intervenção. Neste ponto apresentamos algumas dificuldades ao início como foi a pouca participação de pessoas nas mesmas. Mas na medida em que avançou a

intervenção foram se engajando mais pessoas e melhoramos muito neste aspecto. Hoje quase toda a totalidade da nossa comunidade conhece o programa e estão cientes da importância dele para melhorar a saúde deste grupo alvo.

Importantes ações foram feitas como o exame clínico apropriado dos usuários idosos, indicamos todos os exames na primeira consulta e explicamos a importância da realização dos mesmos para o bom acompanhamento do nosso trabalho, além disso, foi marcado o retorno para a avaliação dos exames aos 100% dos usuários. Cada membro da equipe executou o seu papel neste aspecto e logramos alcançar os nossos objetivos.

Também foi boa a participação da população que foi corretamente orientada, quanto a nosso projeto transmitindo as informações e estimulando a participação das pessoas idosas em nossa Unidade Básica de Saúde procurando atendimento e dando cumprimento ao projeto.

Uma debilidade que apresentamos desde o início da intervenção foi o atendimento odontológico que não temos na Unidade Básica de Saúde. Graças à perseverança e a fala diária da importância do atendimento e com o apoio da gestora foi possível ~~em~~ nas últimas semanas da intervenção o atendimento. No entanto, a equipe sempre fez a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção só que pôr as dificuldades apresentadas não foram cumpridas integralmente todas as ações.

Sem dúvida alguma logramos melhorar a adesão dos usuários idosos a consultas segundo o protocolo. A maior facilidade neste aspecto foi o interesse mostrado pelos Agentes Comunitários de Saúde na necessidade de procurar o 100% dos usuários faltosos na comunidade e o engajamento da comunidade com a intervenção. Estando presente em todo momento e influenciando de forma negativa, as condições climáticas que muitas vezes impediam a busca ativa na comunidade, mas foram aproveitados ao máximo os dias de sol, para cumprir este objetivo.

Os registros das informações foram melhorados significativamente já que até o início da intervenção era um verdadeiro problema. O 100% dos idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde tem a ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma. Foi implementada a ficha espelho que ao início foi um pouco trabalhoso o preenchimento da mesma, atrapalhando às vezes os horários de atendimento, mais logramos melhorar neste aspecto no menor tempo possível. Como facilidade contou

com o apoio da gestão da Unidade Básica de Saúde para garantir o material para os registros e as fichas. Além disso, a enfermeira manteve atualizado o SIAB em todo momento. A população já conhece os seus direitos de manter estes registros com a qualidade requerida.

Foi feita a estratificação do risco para fragilização na velhice, morbimortalidade, saúde bucal, atividade física, orientação nutricional para hábitos saudável de todos os usuários idosos cadastrados na intervenção. Ao início foi um pouco complicado pela questão do tempo, mas na medida em que avançamos na intervenção melhoramos o indicador e chegamos aos 100%. Uma dificuldade apresentada neste aspecto foi o encaminhamento destes usuários para a atenção secundária que muitas vezes torna se impossível.

As ações para promover saúde aos usuários idosos foram feitas na sua totalidade apesar de ter tido muitas dificuldades como foi o pouco apoio recebido por os integrantes do NASF que não estiveram presentes na maioria das atividades planejadas na comunidade. Também não contamos com o apoio da gestão municipal para garantir capacitações em educação em saúde para os Agentes Comunitários de Saúde. Mas isso não foi impedimento para cumprir o objetivo já que todos os usuários de nosso grupo alvo receberam as orientações sobre a alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular higiene bucal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única ação planejada que não foi cumprida foi à reunião com a gestão municipal ao início da intervenção para solicitar os recursos para garantir o bom desenvolvimento da intervenção. Não foi um fato que ficou em nossas mãos já que dita reunião foi planejada muitas vezes e nunca aconteceu por que os gestores municipais não podiam assistir. Já no final da intervenção tivemos um contato direto com eles falamos sobre a intervenção e nenhum apoio recebido, mas embora tenha terminado a intervenção a ação programática vai continuar. Então falaram que poderíamos contar com o seu apoio na continuidade das ações. Este fato não afetou o desenvolvimento da intervenção já que de uma forma ou outra foram garantidos todos os recursos precisos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção tivemos algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados sobre tudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda das orientadoras do curso foi resolvido o problema. Semanalmente a atividade era realizada por mim e pela enfermeira da equipe, obtendo por consequente a análise dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção faz parte da rotina de trabalho da nossa equipe, todos ficamos cientes da importância dela e não tem atrapalhado a realização das demais ações programáticas, fato este muito importante para o bom desenvolvimento das mesmas. Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação programática embora se tenha finalizado a intervenção. E vamos trabalhar para programar a participação do NASF nas atividades na comunidade e ficamos otimistas quanto ao apoio dos gestores municipais para dar continuidade à tão importante trabalho. Outra questão a melhorar vai ser lograr a unidade de todas as ESF da Unidade Básica de Saúde para incorporar todas as ações à rotina de trabalho colocando em prática o ditado “na união está à força” para cumprir o nosso maior objetivo que é melhorar a saúde da população brasileira mais a população idosa que dia a dia aumenta em todo o mundo.

Eu tenho a certeza que terminei esta intervenção com uma adequada adesão do programa do atendimento aos idosos por MS e a certeza de sua continuidade. A seguir postarei fotos realizadas durante a intervenção.



Figura 2. ESF. Unidade Básica de Saúde: Cidade Nova # 1. Macapá/AP.



Figura.#3 Arquivos de Trabalho.



Figura # 4. Capacitação aos ESF. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP.



Figura #5 Área de Abrangência. UBS: Cidade Nova#1 Macapá/AP



Figura #6. Ação de Saúde. Igreja. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP



Figura #7 VD a Família disfuncional. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP



Figura #8.VD Idosa Faltosa. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP



Figura #9. Trabalho Comunitário. UBS: Cidade Nova 31 Macapá/AP



Figura #10. VD idosos com Problemas de Locomoção e Acamados. UBS Cidade Nova#1 Macapá/AP



Figura #11 Ação de Saúde Hipertensão. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP



Figura#12 Toma de mostra glicemia. UBS: Cidade Nova #1 Macapá/AP



Figura #13 Exime Clinico a usuáριο idoso UBS: Cidade Nova 31 Macapá/AP



Figura#14 Consulta medica o idoso no programa. UBS: Cidade Nova#1 Macapá/AP



Figura #15 Encontro com a Gestora. UBS Cidade Nova #1 Macapá/AP

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nosso projeto da intervenção esteve dirigido para atenção a pessoas com sessenta anos e mais da equipe 12 na Unidade Básica de Saúde Cidade Nova que tem no total de 3188 habitantes com 320 pessoas idosas e dentre elas 30 com problemas de locomoção o acamado, de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas.

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

Meta 1.1 Em nosso trabalho se propôs alcançar como meta 80 % de cobertura para a estimativa de 320 idosos.

Indicador: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Cidade Nova 1 Macapá ,AP

No primeiro mês avaliamos 105 idosos para uma cobertura de 32.8%, o segundo mês foram 190 numa cobertura de 59.4 % e satisfatoriamente ao final do trabalho avaliamos 320 idosos atingindo 100% de cobertura, resultados demonstrados no gráfico 1.

Como fator que colaborou para que esta meta além de ser alcançada fosse ultrapassada posso relatar que a equipe assumiu a responsabilidade e importância de fazer algo por um grupo de população identificada que trabalhou toda sua vida pelas novas gerações e que agora estão esquecidos. Isto motivou e uniu forças levando aos responsáveis a sensibilizar-se pelo trabalho incluindo a população em geral com seus líderes formais, que junto aos bate-papos informativos, divulgaram as expectativas do trabalho motivando as pessoas com sessenta anos a fazer parte do projeto. Isso deu como resultado uma equipe grande de trabalho no dia a dia para poder chegar a um final satisfatório e poder continuar com a experiência no futuro.

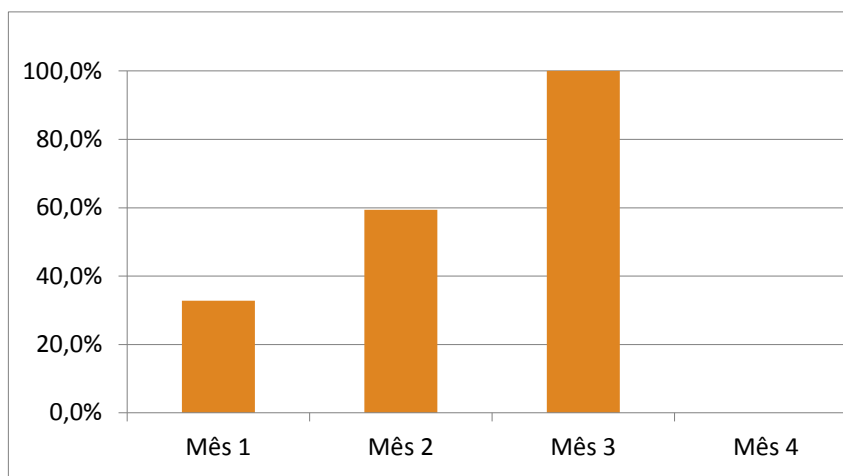


Figura 1 : Gráfico de Cobertura do programa Saúde do idoso. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1. Macapá/AP.

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

Meta 2.1 Avaliação Multidimensional Rápida a 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência utilizando o modelo proposto por o Ministério de Saúde.

Indicador 2.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida no dia. A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta, no primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada foi importante a capacitação de todos os membros da equipe e outros trabalhadores da unidade básica de saúde assim como as diferentes reuniões com a diretora da unidade básica para que ajudasse no cumprimento do mesmo. Todos entenderam a necessidade de fazer o trabalho em um grupo de população que tanto necessita e amostra desta está nos diferentes resultados alcançados segundo a análise.

Meta 2.2. Realizar exame clinica apropriado a 100% os idosos cadastrados com exame dos pés, palpação dos pulsos tibial e pedioso e medição da sensibilidade a usuários com doença de diabetes.

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada como já falamos, foi muito importante a capacitação de todos os membros da equipe e outros trabalhadores da unidade

básica para tivessem nível de capacitação no exame e as solicitações necessárias de acordo com o projeto, entendendo a necessidade de fazer o trabalho neste grupo de população que se incrementa em todo mundo e onde o Brasil não escapa das estatísticas mundiais.

Meta 2.3. Solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos com Hipertensão e/o Diabetes.

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada um papel muito importante foi a capacitação dos membros da equipe que realizavam as solicitações requeridas para garantir que tudo fluísse da melhor forma possível para todos e a gestora da unidade básica de saúde que ajudou e garantiu uma unidade perto de onde trabalhamos para que as pessoas enviadas pudessem ser atendidas com qualidade e respeito para sua idade. O fato de não ter serviço de laboratório na unidade básica, nos identifica com uma debilidade pelo que existiu a possibilidade que um ou outro complementar indicado não fosse realizado pela não posse do reativo, mas consideramos que o objetivo exposto foi realizado com sucesso, pois em relação à solicitação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo conseguimos trabalhar bem.

Meta 2.4 Prescrição de Medicamentos na Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 2.4 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos priorizados na Farmácia Popular.

O cumprimento deste objetivo foi devagar mais os resultados foram positivos. No início do trabalho os usuários não tinham conhecimento do convênio com a farmácia popular onde a pessoa que precisa medicamentos por doenças crônicas e na farmácia na Unidade Básica de Saúde não tem, a farmácia popular assume o tratamento destes usuários e entregam de graça a cada três meses para o controle de sua doença crônica.

No primeiro mês 40 usuários (38.1%) tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 125 idosos (65.8%) e ao final do estudo 255 usuários (79.7 %)

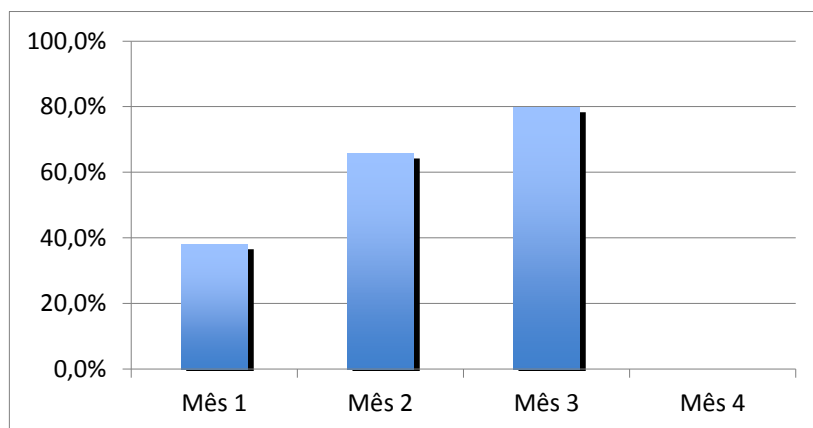


Figura 2: Gráfico de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Unidade básica de saúde Cidade Nova #1. Macapá/AP

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

Indicador 2.5 Proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada temos que destacar o desempenho levado pelos líderes formais da comunidade que uma vez capacitados e informados do trabalho que levaríamos na área, foram líderes na informação para os agentes comunitários permitindo que fossem atendidas as pessoas de maior necessidade no caso dos acamados e com problemas de locomoção.

Meta. 2.6 Vista domiciliar a 100% dos idosos acamados o com problemas de locomoção.

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

A evolução deste indicador mostra que no primeiro mês foram 22 (95.7%) idosos visitados, 28 (100%) no segundo mês, e ao final 30 (100%) idosos visitados.

Para que esta meta fosse alcançada destacamos o trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde que uma vez capacitados e com todas as orientações necessárias identificaram os caso com maior dificuldade para sua

locomoção e em seu programa de trabalho diário que se foi cumprindo por mês e ao final os resultados foram satisfatórios. Nos chama a atenção um caso no primeiro mês que infelizmente, quando realizamos a visita se encontrava internado e depois não se pôde recuperar porque foi transladado fora de área por seus familiares.

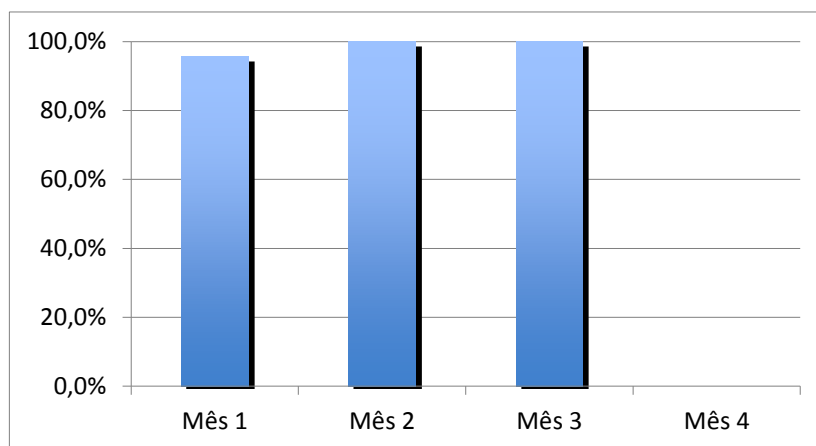


Figura 3. Gráfico de Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova #1 Macapá/AP

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica

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

Neste indicador apresentamos dificuldades no início por não ter aparelho para medir PA, isto motivou a gente para comprar um aparelho para medir PA e poder continuar com desenvolvimento do trabalho com resultados positivos.

No primeiro mês de 105 usuários cadastrados 66 idosos tiveram verificação de sua PA para um total de 62.9%, já no segundo mês foram 151 usuários para 79.5% e ao final os resultados foram de 87.8%. Deste modo ainda não atingimos a meta, mas temos que continuar o trabalho de verificação da pressão arterial que deve ser realizada a toda pessoa com sessenta anos e mais que vem a consulta por qualquer motivo.

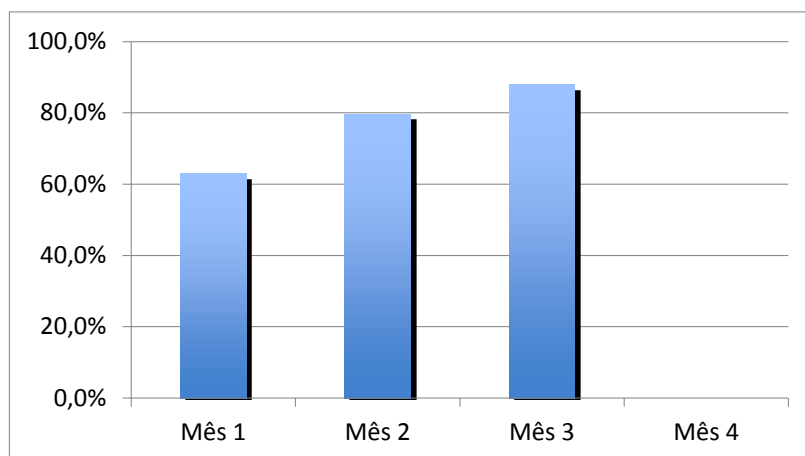


Figura 4. Gráfico de Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta dos idosos cadastrados. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova 1 Macapá/AP.

Meta 2.8 Rastrear o 100% dos idosos com pressão arterial maior 135/80 mmhg para Diabetes mellitus.

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para Diabetes Mellitus.

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada trabalhamos na capacitação dos agentes comunitários quanto a doenças crônicas principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a relação com a terceira idade, explicamos também os exames complementares importantes para cada uma delas para poder realizar um controle adequado, também nos apoiamos nos líderes da comunidade e instituições religiosas na divulgação do projeto para que os resultados fossem satisfatórios.

Meta 2.9 Avaliação das necessidades de atendimento odontológico.

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

Este indicador foi uma debilidade que nós apresentamos desde o início do projeto por não ter este atendimento em nossa unidade básica de saúde. Foi ao final do trabalho que, por parceria com outra unidade básica, foi possível avaliar 122 usuários para um total 38.1%. Considero muito importante poder continuar o trabalho em este indicador, há muito que se melhorar em relação a saúde bucal das

pessoas, além de dificuldades de próteses e a importância que se tem em ajudar a digestão de alimentos e estado nutricional da pessoa idosa.

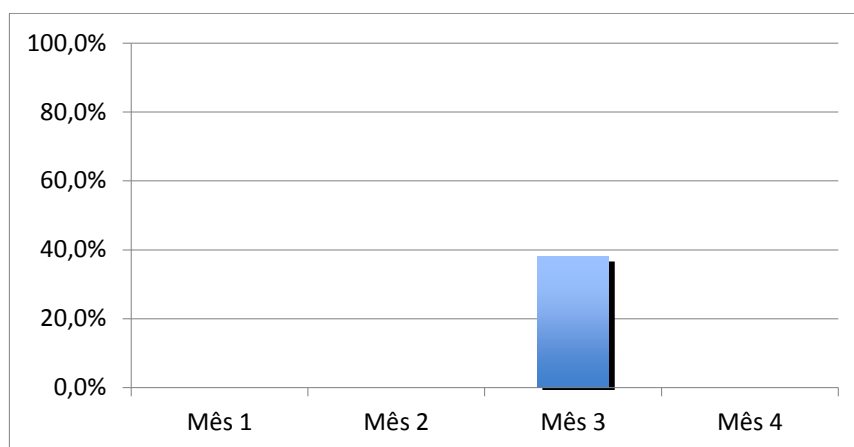


Figura 5. Gráfico de Proporção de idosos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Unidade Básica de Saúde Cidade nova #1 Macapá/AP

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

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

Este objetivo não foi cumprido como referimos, pois em nossa Unidade Básica de Saúde não temos consultório odontológico. Sendo muito difícil o acesso ao serviço pela população idosa.

No final do mês por múltiplas reuniões com a gestora na Unidade Básica de Saúde foi possível uma pareceria que permitiu o atendimento de 122 casos para um 38.1%.

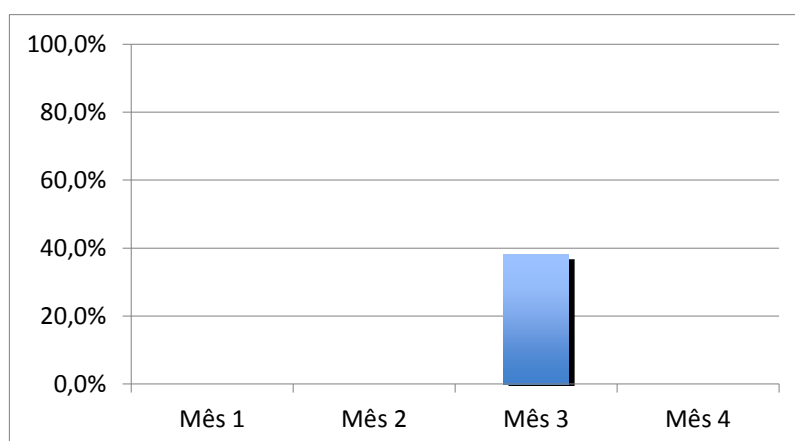


Figura 6. Gráfico de Proporção de idosos com primeira consulta odontologia programática. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova #1 Macapá/AP

Em relação ao objetivo 3

Meta 3.1. Busca de 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos ás consulta que recebem busca ativa.

Este indicador constitui-se uma das prioridades da intervenção o resultado positivo foi fruto do empenho da nossa equipe.

Em todos os meses obtivemos 100%, sendo que no primeiro mês foram cinco idosos buscados, 17 no segundo e 21 no terceiro mês.

Em relação ao objetivo 4.

Meta 4.1. Manter registro o 100% das pessoas idosas.

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Este indicador foi cumprido em 100% por conta do trabalho de capacitação para os membros da equipe que dia a dia trabalham organizadamente para ter os resultados.

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

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

Este indicador foi melhorando paulatinamente depois de nós começarmos o trabalho na população, em diferentes reuniões com a gestora na Unidade Básica foi possível à entrada das cadernetas e por isso no primeiro mês só três idosos tenham recebido (2,9%), no segundo mês 30 (15.8%) e no terceiro mês 167 idosos portavam a caderneta (52.2%). Mesmo que a meta não tenha sido cumprida os idosos passaram a ter conhecimento da importância da mesma e estamos com perspectiva de continuar melhorando pela importância que tem.

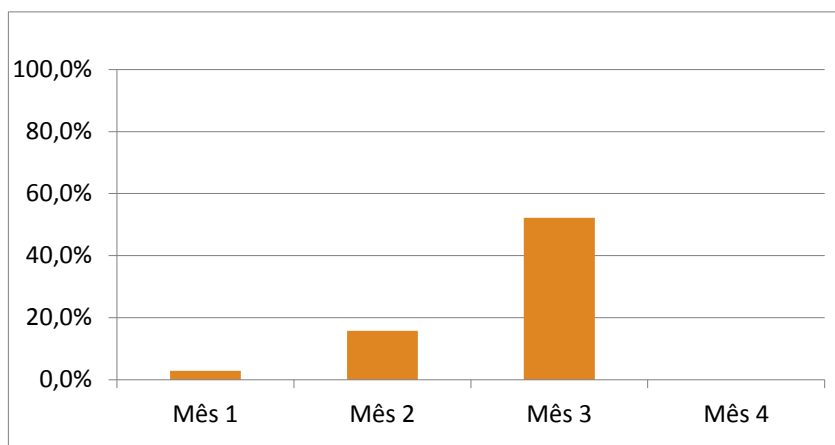


Figura 7. Gráfico de Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova1. Macapá/AP.

Em relação ao objetivo 5

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada nos trabalhamos na capacitação dos agentes comunitários e outros trabalhadores de saúde em relação ao projeto para que a avaliação geral ao idoso cumprisse com os requisitos estabelecido e os resultados desejados.

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.

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada o trabalho de capacitação foi dirigido ao pessoal de saúde, enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde procurando que entendessem que trabalhamos com um grupo alvo muito frágil, com sensibilidade e do recebimento ao início da consulta até o final da

mesma, tem que ser com profissionalismo procurando o que é preciso para ter os resultados desejados.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada o trabalho de capacitação foi dirigido ao pessoal de saúde, enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde procurando que entendessem que trabalhamos com um grupo alvo muito frágil, com sensibilidade e do recebimento ao início da consulta até o final da mesma tem que ser com profissionalismo procurando o que é preciso para ter os resultados desejados.

Em relação ao objetivo 6.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada a capacitação do pessoal em geral foi muito importante porque tanto o pessoal qualificado como enfermagem e técnicos não eram qualificados e ajudaram a educar à população em geral, conjuntamente com os líderes comunitários nas conversas diárias. Principalmente o grupo com o qual trabalhamos, onde fazer mudanças é uma provocação, mas se pode obter com o tempo e a perseverança uma melhora nos níveis de saúde.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 105 idosos avaliados, 190 no segundo mês, e ao final 320 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada a capacitação do pessoal em geral foi muito importante porque tanto o pessoal qualificado como enfermagem e técnicos não eram qualificados e ajudaram a educar à população em geral, conjuntamente com os líderes comunitários nas conversas diárias. Principalmente o grupo com o qual trabalhamos, onde fazer mudanças é uma provocação, mas se pode obter com o tempo e a perseverança uma melhora nos níveis de saúde. Ainda a isso associamos uma atividade de exercícios físicos que também contribuíram para melhorar a saúde do indivíduo.

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

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

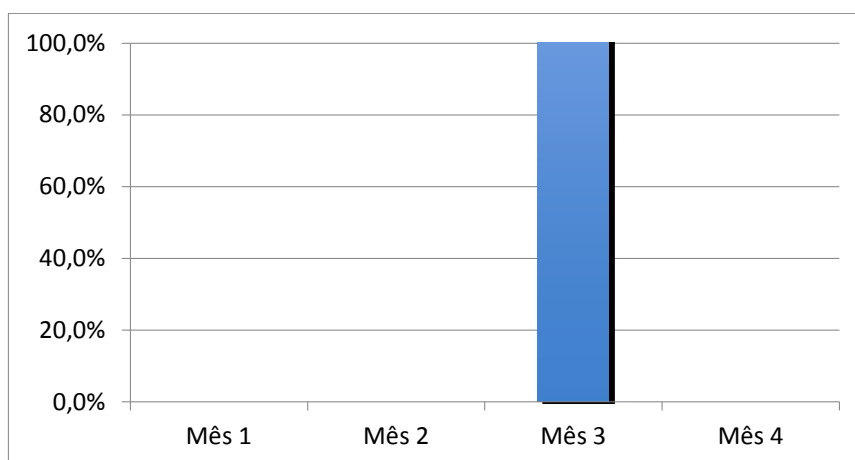


Figura 8. Gráfico de Proporção de idosos com orientação sobre cuidados em saúde bucal. Unidade Básica de Saúde Cidade Nova1. Macapá/AP.

O indicador 6.3 fala sobre a atenção bucal que foi identificada em nosso projeto como a maior debilidade de nossa unidade básica de saúde. Sabemos que o custo desta ausência é muito alto por isso, a equipe realizou todas as orientações que eram necessárias. Após a reunião várias vezes com a direção da unidade de saúde e explicar-lhe a importância do trabalho e da atenção odontológica são de extrema importância para este grupo populacional foi quase no final do trabalho que foi realizado um acordo com outra unidade de saúde que possui o serviço

Odontológico. Além disso, o apoio a nossa unidade com uma atenção do técnico são de extrema importância na avaliação de caso e, de acordo com a sua prioridade referida para o especialista.

4.2 Discussão

Antes da intervenção, na unidade básica de saúde não realizava o acompanhamento do idoso de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, atenção ao idoso era feita com dificuldades, o exame clínico não era realizado de forma adequada, além disso, não se realizava de forma sistemática a avaliação multidimensional rápida, de morbimortalidade, fragilidade na velhice e de risco de rede social, não existia uma integração adequada com outras especialidades somente era realizada por o médico, sem qualidade e se de sua responsabilidade. Com o desenvolvimento da intervenção definimos atribuições às equipes, viabilizando o cadastramento e o atendimento ao idoso com qualidade e avaliação multiprofissional, implantamos a ficha espelho que permitiu a garantia de um controle das ações realizadas, definindo os registros e assim conseguimos um melhor controle no acompanhamento na atenção ao idoso, sendo um instrumento de retroalimentação, muito bem elaborado, desenhado onde se obtendo dados importantes do idoso, como risco, doenças, exames médicos e laboratoriais e as avaliações antes mencionadas, que complementa o prontuário individual. Permitiu-nos conhecer e aplicar as técnicas de prevenção, acompanhamento, convencimento, sinais e sintomas de alerta, o momento de realizar o exame clinicam.

Ao início da intervenção existiram momentos com algumas dificuldades, desconhecimento do trabalho, a falta de recursos, a falta do serviço odontológico, mas desde o início começamos a realizar trabalho comunitário com líderes formais e informais, escola, igrejas, comunidades em geral, onde apresentei o projeto na intervenção, seus objetivos, metas e a unificação das ações junto às reuniões com a gestora. Ganhamos forças para conquistar o objetivo final e conseguir elevar e melhorar atenção odontológica a nosso grupo alvo.

Em nossa unidade conseguimos melhorar o cadastramento, acolhimento e registro, conseqüentemente iniciamos um atendimento qualificado na atenção ao idoso. Podemos dizer que sentimos muito orgulho de nossas ACS que sempre nos

apoiou em todo o processo de intervenção, na busca ativa de idosos faltosos a consultas agendadas, participaram do trabalho preventivo com os mesmos, organizando com as equipes de jornadas para a saúde dos idosos, apoiando nas visitas domiciliares.

Os idosos ficaram surpreendidos pela melhoria do atendimento na unidade básica de saúde para com eles, com a realização do exame clínico adequado, das avaliações. Motivamos a participação comunitária com mostra de vídeos didáticos em igrejas, escolas e grupo de idosos. Mais temos muitas coisas que fazer e umas dificuldades de muita importância é que a unidade básica de saúde não tem consultório odontológico e sala de laboratório clínico para realização dos exames laboratoriais, hoje posso dizer que apesar disto, a intervenção faz parte da rotina de trabalho na unidade básica de saúde e se está facilitando uma atenção ao idoso qualificada e, além disso, já existe um trabalho de articulação e motivação com a comunidade em relação à atenção integral do idoso como os profissionais da saúde, as organizações sociais religiosas assim como da gestora na unidade básica de saúde. Ao finalizar a intervenção, fico com a certeza que todos aprendemos, uns com os outros, estamos integrados e a incorporação na rotina do serviço qualificará, melhorará e diminuirá as dificuldades encontradas a atenção aos idosos. Para manter esta incorporação, ampliaremos e incentivaremos o trabalho de conscientização das equipes para manter o que realizamos em relação à qualidade do serviço ofertado, juntamente com a atenção ao hipertenso que foi realizada concomitante com a atenção ao usuário com hipertensão e diabetes o que discutiremos posteriormente com as equipes.

Nosso trabalho foi realizado em base da população estimada, não na realidade da Unidade Básica de Saúde. Temos um pré-cadastramento da população em geral mais muito longe da realidade, além de isso, a Unidade Básica de Saúde desconhece algumas informações importantes para nossos registros, prejudicando as análises da população. A planilha de coleta de dados e da ficha espelho proposta por universidades e UNASUS cumpre com todas as expectativas da intervenção, está bem planejada, identificando os indicadores afins para o projeto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Durante 12 semanas de Abril a Junho /2015 a nossa ESF realizou a intervenção proposta pelo o curso de Especialização em Saúde da Família na UBS Cidade Nova¹. A UBS fica no norte no Município Macapá/AP e nossa população é estimada em torno 16.199 usuários, onde atuam cinco Equipes de Saúde da Família (ESF). Possui área de ribeirinhas e movimento migratório, o que não motivou muito a adesão de todas as equipes, assim o início do trabalho se realizou somente na nossa equipe ESF com população estimada de 3122 pessoas, para uma estimativa de 10% de pessoas com sessenta anos (320) e, ainda 8% deles com problemas de locomoção ou acamados (25). Nossa motivação principal foi porque antes da intervenção, a UBS realizava a atenção ao idoso sem qualidade, com dificuldades, não tínhamos acompanhamento regular do idoso, somente atendíamos as intercorrências agudas. Não se realizava a atenção ao idoso de acordo com o protocolo do MS, não existia uma multidisciplinaridade e integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo, como preconiza o programa de atenção ao idoso.

Para trabalhar na atenção aos idosos, realizamos um projeto de intervenção que estabeleceu objetivos, metas e ações. Conseguimos monitorar as ações para o acompanhamento dos idosos definindo atribuições às equipes e aos profissionais, com qualidade e de modo multiprofissional. As ações planejadas no projeto foram desenvolvidas e cumpridas neste período seguindo o cronograma estabelecido no projeto de intervenção.

Para a execução das ações foi necessário organizar e trabalhar o recadastrando-os idosos da área adstrita, também se planejou efetivas medidas de controle assim como prevenção de riscos. Trabalhamos na implementação de medidas que priorizaram a educação em saúde, tais como: rodas de conversa, salas

de espera, grupos de idosos. Promovemos encontros de capacitação, enfatizamos nas visitas domiciliares (VD) dos agentes comunitários de saúde (ACS) e das técnicas de enfermagem, sobre a assistência, sinais de riscos, principalmente aos idosos mais vulneráveis, acamados e com problemas de locomoção.

As capacitações foram realizadas a todas as ESF, seguindo o cronograma, com participação dos profissionais da saúde durante as atividades, só não foi realizada a capacitação relacionada com as orientações sobre higiene bucal e prótese dentária, por não se ter na UBS este serviço.

No início da intervenção apresentamos dificuldades para imprimir as fichas espelhos, mas com parceria da gestora da UBS, comunidade e igreja conseguimos imprimir todas as fichas necessárias e o trabalho teve continuidade. Durante a intervenção sempre contamos com apoio da gestora da UBS ao garantir um local onde foram realizadas as capacitações das equipes. Realizamos parceria também com outra UBS para a realização dos exames complementares de acordo com os protocolos do MS, nossa unidade não conta com a disponibilidade de laboratório clínico, que facilitaria e melhoraria a qualidade de atenção ao usuário. E isso permitiu que 100 % dos idosos cadastrados tivessem seus exames laboratoriais em dia.

Desde o início da intervenção buscamos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, escola, igrejas, comunidades em geral, onde apresentei o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar. Podemos dizer que estamos muito felizes com o trabalho em na comunidade, sempre contamos com seu apoio em todo o processo de intervenção, na busca ativa de idosos faltosos a consultas agendadas, participaram do trabalho preventivo para melhorar a qualidade de vida dos idosos, organizando com as equipes jornadas para a saúde dos idosos, apoiando nas visitas domiciliares. Este fato permitiu que 100% dos idosos recebessem ações de promoção e prevenção sobre longevidade satisfatória melhorando suas orientações sobre riscos de morbimortalidade e velhice, alimentação saudável atividade física para sua idade e doenças crônicas, cuidados em saúde bucal.

Desde o início da intervenção, os idosos perceberam as mudanças na atenção para com eles na UBS, com a realização de exame clínico adequado em 100%, 100% deles com solicitação de exames complementares, com 100% dos idosos com problemas de locomoção e acamados recebendo visitas domiciliares,

rastreamento de 100% para Diabetes Mellitus nos usuários com Hipertensão Arterial e ainda orientações sobre as facilidades dadas pelas farmácias populares para o cumprimento do tratamento. Foram ainda realizadas avaliações de acordo a protocolo do MS, com a priorização nas intercorrências agudas. Ainda faltam ações para completar algumas ações, como no caso da odontologia, que alcançou somente 38.1 % dos idosos e somente após pactuar com outra unidade o atendimento deles.

Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos um cadastramento de 100% dos idosos, melhorias no acolhimento, do registro com 100% dos idosos com os registros em dia e conseqüentemente um atendimento qualificado na atenção aos idosos.

A melhoria dos registros de deveu a implantação da ficha espelho que permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros importantes na assistência dos idosos. Constitui-se num instrumento de retroalimentação, bem elaborado, desenhado onde se obtém dados importantes complementando o prontuário médico.

A intervenção permitiu as equipes e demais profissionais conhecer e utilizar na rotina da assistência o protocolo de atenção ao idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Permitiu também o fortalecimento da equipe e o trabalho de articulação com a comunidade, houve a integração, motivação das equipes em todos os serviços, tanto no atendimento aos usuários como na qualificação dos profissionais de saúde, das organizações sociais e religiosas, assim como do gestor.

Gostaria de deixar aqui neste relatório a sugestão para a gestão o serviço de odontologia e laboratorial que através desta intervenção percebemos que a sua ausência acarreta em diminuição da atenção integral ofertada não só aos idosos, mas para a comunidade como um todo.

Ao concluir a intervenção, temos a certeza que o programa de atenção ao idoso já é parte da rotina de trabalho na UBS, promovendo um serviço de qualidade e melhoria da atenção nesta faixa etária, diminuindo as dificuldades encontradas previamente. Manteremos esta incorporação, ampliando e incentivando o trabalho com a comunidade, gestores, profissionais de saúde, organizações sociais. Priorizaremos a assistência ao idoso por ser uns grupos mais vulneráveis da população

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório visa descrever a intervenção realizada em nossa UBS Cidade Nova1 que foi desenvolvida na área da atenção ao idoso, durante o período de Abril a Junho de 2015. Temos uma população estimada 16199 e nossa equipe tem 3122 usuários na área adstrita que foi a população com a que realizamos o estudo por não compreensão e ajuda das demais equipes Nossa população alvo foram 320 idosos que representam 10% da população total estimada. Nosso objetivo principal foi à melhoria da atenção ao idoso e assim elevar sua qualidade de vida em nossa área.

Nossa UBS antes da intervenção realizava a atenção ao idoso com dificuldades, precariamente e sem qualidade da mesma. As ações desenvolvidas não eram de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Não se realizava exame clínico adequadamente, não se realizavam de forma sistemática as avaliações de acordo ao protocolo, não existia um atendimento multiprofissional e integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo. Ao decidirmos trabalhar na atenção ao idoso, organizamos e avaliamos as ações desenvolvidas, recadastrando os idosos da área adstrita e definindo as atribuições dos profissionais e das equipes, viabilizando o cadastramento ao idoso com qualidade e multiprofissional.

Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades, como por exemplo, as equipes não entendiam o porquê do trabalho e sua importância, mais a dificuldade da área que tem muita zona de ribeirinha, o que dificulta o cadastramento das pessoas. Além disso, não contávamos com serviço odontológico e laboratório de coleta de exames. Mas com o trabalho das equipes e uniformização das ações conseguimos obter o objetivo final proposto e conseguimos cadastrar 100% dos idosos da área.

Desde o início da intervenção garantimos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, escola, igrejas, comunidades em geral, onde apresentei o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar. Desde o início da intervenção os idosos perceberam as mudanças do atendimento, na prioridade quando tinham intercorrências agudas. Motivamos ainda a participação comunitária com palestras em igrejas, escolas, comunidades. Ainda faltam ações e trabalho por fazer, especialmente em relação à odontologia, mas temos a certeza que sempre podemos contar com o apoio da comunidade.

Com o desenvolvimento na intervenção garantimos o melhoramento do cadastramento, do acolhimento, dos registros com 320 de idosos com os registros em dia e conseqüentemente ofertamos um atendimento qualificado na atenção aos idosos de modo que 100% dos idosos realizaram exames laboratoriais e 100% receberam exame clínico adequado.

A implantação da ficha espelho permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros, importantes aos idosos. Constituiu-se de um instrumento de retroalimentação, bem elaborado, desenhado onde se obtendo dados importantes do idoso, doenças, medicamentos, exames laboratoriais, complementando o prontuário médico. A intervenção permitiu as equipes e demais profissionais conhecer, capacitar e aplicar na rotina de trabalho diária o protocolo de atenção ao idoso de acordo ao Ministério de Saúde.

A intervenção hoje é parte de rotina de trabalho da UBS existe articulação com a comunidade. As equipes estão integradas em todas as ações, temos motivação em relação à atenção aos idosos, tanto dos usuários como dos profissionais da saúde, das organizações sociais, religiosas assim como do gestor.

Ao concluir a intervenção garantimos a qualidade e melhoria da atenção a esta faixa etária tão vulnerável da população e diminuimos as dificuldades encontradas previamente.

Temos decidido em equipe na unidade, manter esta incorporação, juntamente com a melhoria dos usuários com hipertensão e diabetes, realizada por outro orientando na unidade.

Ampliaremos e incentivaremos o trabalho com a comunidade, gestores, profissionais de saúde, organização sociais, em relação à necessidade de priorização da atenção ao idoso por ser uns grupos mais vulneráveis da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o desenvolvimento do curso, acho que a dificuldade inicial foi em relação à língua que de uma maneira ou de outra, interferiu com o bom funcionamento e desenvolvimento das tarefas e trabalho a ser feito, mas com o apoio e a ajuda do orientador na correção de gramática e problemas de redação, consegui superar e melhorar dia após dia esta dificuldade.

Outra dificuldade para minha, consideração que deve ser levado em conta no futuro, é o tempo disponível para o curso de oito horas semanais, que acredito ser insuficiente. Na prática para conseguir um bom desempenho é necessário mais horas para cursar e desenvolver as tarefas, ainda mais com a dificuldade de linguagem acima descritas. Outra dificuldade que não posso deixar de mencionar e fazê-lo criticamente, a baixa motivação inicial que tive com o curso mais uma vez, com o apoio, orientações e sugestões do coordenador, aprendi reconhecer, ver e apreciar a importância que o curso tinha e tem para minha prática profissional, é essencial para a realização de várias funções, integração e compromisso entre os diferentes profissionais envolvidos: médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, os ACS, NASF e outros. Permitiu conhecer, estudar e conseqüentemente aplicar diferentes protocolos de atenção básica de saúde fornecidos pelo o Ministério da saúde do Brasil. Desta forma alcançar para ajudar a aumentar o nível de saúde, qualidade de vida e satisfação dos usuários com os serviços prestados na unidade básica de saúde. Hoje posso garantir reconhecer, que o curso me deu a formação profissional de qualidade e garante uma formação contínua e abrangente.

Por outro lado, com o curso, trabalhamos na promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento imediato, baseada no risco. Fomos capazes de melhorar a organização dos serviços prestados na unidade de saúde, independentemente dos problemas na estrutura da UBS, anteriormente referidos.

Tive maior interação e inter-relação com os profissionais com o objetivo comum de alcançar uma melhor qualidade de atendimento aos usuários. Pela abordagem especialmente inestimável da Comunidade como um todo, igrejas, líderes formais e informais, escolas, empresas estatais e privadas com a UBS, enquanto alcançando o desenvolvimento de uma estrutura social, assegurando um nível de vida adequado para cada indivíduo na sociedade e garantindo o acesso a serviços básicos de saúde.

Conseguimos o fortalecimento e qualificação da estratégia da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Referências

BERGER I, M. P, D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

BÉRIA J. Prescrição de Medicamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI; Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006. 52 p. (Serie B textos básicos de saúde). Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

BRASIL. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: URL: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf

_____. Ministério da saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica no 19, 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Diabetes Mellitus. Brasília, 2006 (No Prelo)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006

Lipschitz DA, Sullivan DH. The sickold man. En: Cecil Compendio de Medicina Interna. 3ed. New York Interamericana Mc Graw Hill: 1996, 998-1001.

OMS. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Universidad de Genebra, 2008.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud 2003. Op. ci

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

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