

**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 Traíras, Macaíba/RN

Roberto Pablo Fernandez Linares

Pelotas, 2015

Roberto Pablo Fernandez Linares

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Traíras, Macaíba/RN

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

Orientadora: Camila Irigonhé Ramos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L735m Linares, Roberto Pablo Fernandez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Traíras,
Macaíba/RN / Roberto Pablo Fernandez Linares; Camila Irigónhé
Ramos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Ramos, Camila Irigónhé,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Cuba, meu país, pela possibilidade dada
para trabalhar no Brasil e ao Programa
Mais Médicos do Brasil,
pela oportunidade de estar aqui e
poder realizar o curso.

Agradecimentos

À minha professora que com sua paciência e seus conhecimentos, foi o motor que fez possível a conclusão do curso.

Resumo

Fernandez Linares, Roberto Pablo. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Traíras, Macaíba/RN**. 2015. 87f. 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 a transição demográfica e desenvolvimento econômico que o Brasil vem alcançando a cada dia, é esperado o aumento da longevidade das pessoas. Diante disso, o programa da atenção ao usuário idoso aumenta seu valor já que um envelhecimento com boa qualidade de vida é fundamental e está entre os objetivos da política de saúde da família e com ela das unidades de saúde. Antes da intervenção minha unidade de saúde acompanhava 54% dos usuários idosos. Essa quantidade de usuários não demonstrava um bom acompanhamento, pois, antes da intervenção o registro dos usuários idosos era escasso e todos os indicadores tanto de qualidade como de quantidade eram de baixa qualidade, e como não existia um bom controle deles muitos perdiam as consultas agendadas e ficavam mais de 8 meses sem consultar pela dificuldade para pegar as fichas de atenção. O objetivo geral da intervenção é melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa. O trabalho apresentado é de uma intervenção que foi realizada na unidade de saúde da família de Traíras, no município Macaíba, no estado do Rio Grande do Norte, durante 12 semanas. A unidade tem total estimado de 6.799 pessoas, em 5 comunidades distantes entre elas, com uma evolução econômica escassa, temos um equipe de trabalho conformado por dentista, enfermeira, medico, 4 agentes de saúde, faltando um agente em outra área muito grande. Os resultados obtidos foram o cadastramento e acompanhamento de 431 pessoas chegando ao alcançar uma cobertura de 63,4% do total dos idosos existentes, todos eles ficaram com seus exames em dia e com suas avaliações clínicas e odontológicas atualizadas, assim como sua avaliação de risco, além que já tem marcada a próxima consulta e que tem prioridade para atenção cumprindo estas metas em 100%. E além do quantitativo, qualitativamente a equipe melhorou o acolhimento aos usuários e o funcionamento interno, melhorou o desempenho no trabalho com os usuários. Esta intervenção foi muito importante também para a comunidade porque com as orientações que foram dadas a comunidade conheceu muito mais do sistema de saúde, entendeu melhor o funcionamento da unidade e com este conhecimento melhorou seu acesso ao sistema de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico referente à cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	58
Figura 2	Gráfico referente à Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	59
Figura 3	Gráfico referente a Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	59
Figura 4	Gráfico referente à Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	60
Figura 5	Gráfico referente à Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	61
Figura 6	Gráfico referente à Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	62
Figura 7	Gráfico referente à Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.	63
Figura 8	Gráfico referente à Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	64
Figura 9	Gráfico referente à Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	65
Figura 10	Gráfico referente à Proporção de idosos com primeira consulta odontológica.	65
Figura 11	Gráfico referente à Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	66
Figura 12	Gráfico referente à Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.	67
Figura 13	Gráfico referente à Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	68
Figura 14	Gráfico referente à Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	69
Figura 15	Gráfico referente à Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	69

Figura 16	Gráfico referente à Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	70
Figura 17	Gráfico referente à Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.	71
Figura 18	Gráfico referente à Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CD	Crescimento e desenvolvimento
CEO	Centro Especializado Odontológico
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde Familiar

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa:.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	72
5 Relatório da intervenção para gestores:	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Anexos	84

Apresentação

Este volume irá apresentar o planejamento e os resultados de uma intervenção que ocorreu na unidade de saúde de Traíras, no município Macaíba/estado Rio grande do Norte, durante os meses de março, abril e maio. Está dividido em 7 partes.

A primeira “Análise Situacional” está integrada por uma análise realizada pelo médico ao chegar à unidade de saúde que inclui toda a situação existente nesse momento da comunidade na atenção primaria de saúde e da atuação da unidade na saúde da comunidade e, além disso, inclui um relatório da análise situacional feito já depois de certo tempo com a análise da estrutura da unidade, dos indicadores de qualidade e quantidade, as dificuldades encontradas.

A segunda parte “Análise Estratégia” se integra pela justificativa para a realização da intervenção no programa priorizado de atenção á saúde da pessoa idosa, também são apresentados os objetivos e metas que se pretende alcançar com a intervenção, além da metodologia para realizá-la. Contém também o detalhamento das ações para serem realizadas no processo da intervenção e os indicadores que pretende mudar com elas. Além disso, apresenta a logística necessária para este processo e o cronograma para ser desenvolvido o trabalho planejado previamente.

A terceira parte “Relatório da Intervenção” está integrada pelas ações previstas que foram desenvolvidas com êxito e as ações previstas que não foram desenvolvidas além da análise do por que não foram realizadas. Além disso, são apresentados os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e os aspectos viáveis para a incorporação das ações à rotina de serviço na unidade de saúde.

A quarta parte “Avaliação da Intervenção” contém os resultados alcançados no processo da intervenção e a discussão desses resultados.

Na quinta parte “Relatório da Intervenção para Gestores” está contida toda uma análise quantitativa e qualitativa do processo da intervenção, assim como as mudanças positivas no trabalho da unidade de saúde para os gestores municipais.

A sexta parte “Relatório da Intervenção para a comunidade” fala sobre todo o processo da intervenção e a análise quantitativa e qualitativa, assim como as mudanças positivas para a comunidade alcançadas com o trabalho.

Na sétima parte “Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem” o médico relata toda sua evolução desde sua chegada ao Brasil nas esferas do conhecimento, evolução durante o tempo que durou todo o projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Roberto Pablo Fernandez Linares, sou cubano da região ocidental de Cuba, Pinar do Rio município Mântua, estou trabalhando no estado do RN, município Macaíba, na unidade de saúde de Traíras.

Já tenho 7 meses na unidade, conto com uma equipe de saúde integrada por enfermeira, técnica em enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde (ACS) e dentista. Atendo uma população de mais ou menos 7000 pessoas, mas existe um sub registro de usuários novos na área e de muitos que já foram embora para outra região e os que ainda não estão registrados, pois tenho uma área descoberta de agente.

Tenho registrado neste momento um total de 890 hipertensos, 367 diabéticos e 340 com outras doenças incluídas como asma brônquica, epilepsia, hipertireoidismo entre outras. Também atualmente estamos classificando e catalogando a quantidade de usuários com fatores de risco para doenças como fumantes, alcoólicos, usuários de drogas, além de outros que também identificamos como: baixa economia das famílias, não acesso a água potável, presença de animais domésticos, muita incidência de parasitoses intestinais.

Também estamos trabalhando com 32 grávidas e com 58 lactantes que são acompanhados por enfermeira e médico alternadamente de forma mensal, temos o controle dos usuários que precisam de visita domiciliar aos que se levam medicação se visitam por especialistas entre outros serviços que melhoram muito sua qualidade de vida. Contamos com o apoio do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) que assistem na unidade uma vez por mês com especialistas de psicologia, pediatria e ginecologia.

As condições da minha unidade são boas estruturalmente, conta com possibilidades de fazer exames de laboratório básicos, que demoram de 8 a 15 dias para os resultados, agora dentro de pouco tempo vamos ter serviço de eletrocardiograma, temos farmácia (onde muitas vezes não tem toda a medicação necessária para o total da população da área), além disso temos um supervisor que todas as terças está preocupado com nosso trabalho, estado de saúde e o acompanhamento da secretaria de saúde sempre com seu apoio.

Como dificuldades maiores que tenho na área, primeiramente, muita população para a equipe de saúde, sem contar com os usuários que também atendo. Dificuldades com os exames indicados, pois muitas vezes demoram meses para os usuários poderem ter o resultado, muitas vezes quando se referencia os usuários para serviços especializados não voltam com contra referência, entre outras dificuldades que acho que irão desaparecendo no futuro.

Desde minha chegada à unidade tenho sofrido um grande problema nessa região, pois não tinham médico fixo, não contavam com uma estrutura sólida de saúde para trabalhar sobre a promoção e prevenção de saúde já minha equipe de saúde, tem feito muitas atividades em conjunto com a comunidade, nas escolas, com usuários idosos, grávidas, mulheres em idade fértil, com grupos que podem ser suscetíveis a doenças de transmissão sexual entre outras.

A opinião da população é boa, já em várias ocasiões tenho perguntado aos agentes que dizem estarem tendo uma grande satisfação com todos nós. Ainda falta muito para caminhar nessa melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, mas sempre com muita vontade de continuar melhorando vamos todos os médicos do programa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Meu município está localizado no estado do Rio Grande do Norte. Macaíba tem uma população de 17000 habitantes (IBGE, 2010), conta com 22 unidades de saúde, todas com equipe de saúde da família nenhuma tradicional, 8 estão informatizados, e 15 contam com integrantes do programa mais médicos para Brasil. Trabalhando em conjunto com as unidades de saúde temos o Núcleo de apoio à saúde da Família (NASF), que faz consultas mensal, com especialistas em pediatria,

ginecologia, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, nutrição e dietética, educação física. Dentro do sistema de saúde do nosso município tem todas as coberturas necessárias à boa atenção à população, com Centro Especializado Odontológico (CEO) que atende permanentemente, conta com um centro onde estão todas as especialidades médicas para fazer as consultas aos usuários referidos das unidades básicas e outra demanda espontânea, um hospital geral que estava em reforma para ampliar e melhorar as instalações e agora está funcionando parcialmente, pois, parte da sala de cirurgia e ginecologia não estão completas, mas quando estiverem ativas, será possível atender usuários cirúrgicos e grávidas de qualquer categoria de risco. As coleta dos exames e feita nas unidades os que são hemograma com diferencial, hematócrito, glicose, hemoglobina glicada, fezes, urina, cultura urinaria, teste de sangue de gravidez, antígeno prostático, proteína c reativa e no centro se realizam o resto como ultrassonografias, eletrocardiograma, raios x ,também temos uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) referência do estado por a qualidade e pôr a quantidade de usuários atendidos de nosso município e de municípios circundantes.

Minha unidade de saúde tem nome de Traíras, encontrando-se na zona rural, todos os atendimentos se realizam por meio da utilização do cartão SUS e assim se enviam as informações. Na comunidade tem 4 escolas que ficam longe da unidade de saúde, mas sempre realizamos campanhas de vacinação, e atividades orientadoras de promoção de saúde nesses locais. Os professores participam e ajudam para realização das mesmas. O modelo de atenção da unidade é Estratégia de Saúde da Família, com uma equipe de saúde composta por medico geral (eu), dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente de dentista, assistente administrativa, 4 agentes comunitários de saúde e assistente limpeza.

A estrutura física da unidade está conformada por uma recepção, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, uma farmácia, uma sala de vacinas, uma sala de espera, um local para a preparação os usuários onde se toma pressão arterial, temperatura, peso, altura ,uma sala para consulta com o dentista, um local para curativos, um local para vacinação, uma copa, local de esterilização, local de descanso, banheiro para o equipe de saúde, banheiros para os usuários, local para materiais, a unidade conta com um pátio amplo onde se pode fazer atividades planejadas. Dentro dos aspectos negativos é que quando passa o dia chovendo há inundação e, então, fica com muita sujeira pelo caminho dos

usuários e da equipe de saúde, a sala de espera é pequena e quando tem muitos usuários causa tumulto na unidade de saúde.

A equipe de saúde de minha unidade de saúde se encontra muito unida. Traçamos sempre as estratégias de trabalho de forma conjunta, sempre em vista de melhorar cada dia a qualidade da atenção da população que atendemos, sempre dispostos a cumprir com qualquer tarefa indicada pelo município o por nosso próprio planejamento de ações de promoção de saúde temos limitação do número de agentes comunitários, e por isso temos um área descoberta de grande extensão, o que afeta significativamente nosso trabalho nessa zona, já que não temos um jeito de trabalhar de forma controlada os programas priorizado e as ações de saúde de essa parte de nossa área, não temos recepcionista, o que afeta em grande escala a qualidade do acolhimento da população, já que quando a técnica em enfermagem termina de preparar os usuários muitas vezes a recepção fica sem ninguém para realizar o acolhimento daqueles que estão chegando e procurando alguma informação, precisando de atenção.

Já como estratégia para contornar estes problemas temos optado por alternar os agentes comunitários durante alguns dias do mês para cobrir a zona descoberta, o que ajuda em alguma forma, mas não resolve o problema existente, e em relação aos problemas na unidade de saúde de saúde muitas vezes fica um agente comunitário fazendo o acolhimento dos usuários que chegam depois que a técnica de enfermagem esta cumprindo suas outras funções assim os usuários encontram alguém que possa orientar e ajudar eles em sua entrada ao serviço de saúde, realmente se ajuda a conviver com esses problemas, mas não é a solução, pois se precisa de outro agente comunitário e de uma recepcionista para melhorar o serviço.

A população da área adstrita é de 6799 usuários, distribuídos em vários povos pequenos distantes uns dos outros mais o menos por 4 a 5 km. A média de idade é de 25 a 50 anos de idade. A distribuição por sexo é predominante feminina, para esta quantidade de usuários a unidade de saúde é estruturalmente muito pequena, assim como só uma equipe de saúde é insuficiente. Para poder cumprir com todas as ações que se encontram dentro do das atividades da equipe de saúde, temos sempre encontrado dificuldades, principalmente na quantidade de demanda espontânea da área, apesar de neste momento, depois de ter um médico fixo na unidade de saúde, essa demanda tem diminuído, mas ainda temos muita.

Em um primeiro momento a minha chegada à unidade tínhamos problemas grandes com o excesso de demanda, assim como com o acolhimento da população, pois não tinha médico fixo, porém, com o passar do tempo já temos melhorado muito ambos os aspectos, estamos resolvendo problemas imediatos de saúde, apesar de ainda temos muitas dificuldades como por exemplo as atividades de promoção de saúde pois, como temos tanta demanda temos que sacrificar o tempo para atender a maior quantidade de usuários, já como estratégias de trabalho temos tido muito bons resultados com a marcação das fichas de livre demanda uma vez por semana assim os usuários que tinham que passar as madrugadas esperando por fichas só fazem dia e é em a tarde já ficam agendados para a próxima semana, sempre deixando várias fichas para possíveis urgências que cheguem a unidade de saúde, tudo isto sem alterar a atenção aos programas prioritários.

Com relação à atenção a saúde da criança, temos 47% de cobertura de 47 crianças estimadas para a área, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), um valor muito baixo, mas já estamos trabalhando nesse sentido com os ACS para realizar cadastro a todo lactante novo na área assim também na unidade de saúde se dá prioridade para atenção daqueles novos que são levados por suas mães, e se planeja a data para a próxima consulta, temos um indicador de 6 crianças com atraso de consulta (13%). O indicador das consultas nos primeiros 7 dias está em 15 lactantes (32%) também é um valor baixo, mas como o unidade se encontra em zona rural muitas vezes a puérpera não vai direto do hospital para sua casa, fica mais tempo em casa de familiares em outra área ou por morar longe da unidade de saúde não vai a sua consulta, mas já com o apoio da secretaria de saúde conseguimos um transporte como estratégia para visitar em sua casa essas usuários e os ACS estão ativos para chegada delas a área da unidade. Todos os indicadores de crescimento e desenvolvimento estão em 100%, a vacinação também se revisa na consulta e se tem alguma faltando se coloca esse mesmo dia, mas, o indicador está 79% porque apresentamos problemas com a geladeira da unidade. Com relação ao encaminhamento para avaliação pela odontologia, temos 40 lactantes de 47 para o que corresponde a 85%. Em todas as atividades promovemos o aleitamento materno exclusivo, a prevenção de acidentes, e por isso esses indicadores estão em

100% de qualidade. Só temos o registro específico dos lactantes, o resto das atividades se preencha na folha de atividades para cada categoria.

Como aspectos negativos deste programa, temos a cobertura das crianças que moram na área que não tem ACS, pois muitas vezes tem criança nova que chega na área e até que não fica doente não se pode fazer atividades com ela, nem consultas de CD. Já estamos trabalhando com promoção da saúde e prevenção de doenças para que a população entenda que a unidade de saúde não é só para assistir quando se fica doente e sim para acompanhar e evitar que fiquem doentes, cada dia são mais pessoas que aderem as atividades planejadas.

Em relação ao programa de atenção ao pré-natal, temos 31 gestantes que realizam o acompanhamento na unidade de saúde, um indicador de 30% de cobertura (CAP), um valor muito baixo, pois os problemas que mais afetam esse indicador é que muitas mulheres nem sabem que estão gestantes até o segundo trimestre da gravidez e outras ocultam a gestação, mas, estratégia se está dando prioridade a toda mulher com suspeita de gravidez para teste de sangue de embarço e assim também se melhora a captação no primeiro trimestre da gravidez que está em total de 20 gestantes (65%) que esperamos aumentar satisfatoriamente. As gestantes com consultas em dia somam 29 mulheres (94%), a parte própria da consulta sempre é realizada tanto por médico como por enfermeira sempre respeitando os protocolos de atenção pré-natal.

Os indicadores de solicitação dos exames da primeira consulta estão em 100%, a vacina antitetânica está em 97% e vacina anti-hepatite B em 90%, devido a dificuldade que apresentamos com geladeira. Sempre se prescreve o sulfato ferroso, mas o indicador está em total de 25 gestantes (81%), porque tem gestantes que não podem tomar esse medicamento e estão com tratamentos alternativos. Também se orienta da importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, esse indicador está em 100%. O encaminhamento para odontologia apresenta indicador em 90%. Também se realizam atividades de promoção em saúde com a nutricionista, como professor de educação física, tudo isto de forma programada e estruturada que seguem os protocolos de atenção pré natal dados por a secretaria de saúde municipal e pôr os protocolos de atendimentos do caderno de atenção pré natal, além de isso, se tem registro com as informações de todas as grávidas e das ações realizadas na unidade de saúde pela equipe de saúde ainda temos problemas da cobertura de toda a população, na área descoberta, muitas vezes nos

chegam grávidas em período de captação intermediária ou tardia, por não ter sido visitada por nenhum agente na área descoberta muitas vezes a gestante chega a área da unidade de saúde e não sabe que fazemos atenção pré-natal e não busca atendimento até que está já na segunda etapa ou terceira etapa da gravidez. Até agora a população vem aumentando de forma crescente sua adesão às atividades planejadas, todo isso pôr o trabalho que estamos desenvolvendo para buscar que a população vá até a unidade não só quando fiquei doente.

Falando de outro programa importante a prevenção de câncer de colo de útero e do câncer de mama tivemos um problema com o foco e ficamos 4 meses sem a realização dos preventivos, já faz 3 meses que estamos trabalhando com um foco novo, as ações nesta área estão muito limitadas pois faz acompanhamento na unidade de saúde 1069 mulheres - 62% de cobertura, um valor baixo.

As ações não são realizadas de forma programática, só por assistência espontânea da população, por isso os indicadores de qualidade estão afetados, como o exame cito patológicos que só 260 mulheres tem em dia - 24% e mulheres com atraso de mais de 6 meses está muito elevado são 789 - 74%. A avaliação de risco de câncer de colo que está em total de 89 mulheres - 8%. Mas, já se está trabalhando para melhorar este programa fazendo um registro por cada ACS de suas mulheres em idade de risco e depois planejar de um jeito organizado sua assistência a unidade de saúde para consulta. O mesmo ocorre com o programa de prevenção do câncer de mama, se tem registro de 487 mulheres na unidade de saúde mas esse registro está desatualizado, e aponta 95% de cobertura. Só se faz exames das mamas nas usuárias que solicitam, não temos registro completo de todas as mulheres que estão nas idades de risco, a enfermeira está fazendo um registro e a equipe está trabalhando na promoção de saúde e na prevenção destas doenças, fazendo de forma muito limitada palestras com a população.

Em relação a atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) em nossa área de saúde temos um total de 550 hipertensos que são acompanhados pela unidade de saúde - indicador de cobertura de 39%, e temos um total de 265 diabéticos - indicador de cobertura de 66%. Ambos indicadores muito baixos (CAP). Nossos indicadores de qualidade do diabético estão melhores, a estratificação de risco cardiovascular em diabéticos está em 200 usuários - 75%; com exames complementares em dia temos 230 usuários - 87%;

com exames clínico dos pés nos últimos 3 meses 220 usuários -83%; com orientação sobre atividade física e orientação nutricional 231 - 87%.

Os indicadores de qualidade dos usuários com hipertensão também estão bons; a estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 471 usuários - 86%; este mesmo número de usuários estão com exames periódicos em dia, tem orientação sobre prática de atividade física e orientação nutricional. Estamos organizados a unidade de saúde com um dia completo planejado para a atenção deles, sendo realizadas as consultas pela enfermeira, médico e com atenção odontológica, também se planejam atividades de promoção em saúde tanto com a nutricionista, como com o professor de educação física, todo de forma programado, agendado, já quando terminam a consulta conhecem a data de sua próxima consulta, as consultas contam com a estrutura dos protocolos de saúde orientados por a secretaria de saúde municipal e pelos protocolos dos cadernos de atenção aos usuários com HAS e com DM, assim como seu seguimento, sendo nosso maior problema os mesmos já assinalados anteriormente. De acordo com os indicadores deveríamos ter um número mais alto que o registrado, como temos uma ampla área descoberta de agente comunitário, que cada dia cresce mais, não temos um registro específico dos usuários dessa região, outro problema acontece com o seguimento dos usuários porque segundo o recomendado temos que fazer o acompanhamento a cada 3 meses, mas, isso se torna quase que impossível por ter apenas uma só equipe de saúde.

Em relação à saúde dos idosos temos na área um total de 400 idosos que são acompanhados na unidade com um indicador de cobertura de 54% (CAP), o qual consideramos baixo para a importância que tem esta etapa da vida para toda a família. Neste programa não se acompanha diretamente os usuários, os idosos eram avaliados só por os outros programas como de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os indicadores de qualidade são muito baixos: com caderneta de saúde da pessoa idosa só 107 usuários - 20%; realização multidimensional rápida 97 usuários - 18%; com as consultas em dia 312 usuários - 42%. Não se tinha um registro específico de idosos na unidade e muitas vezes não se controlava assistência a consulta além de que o registro de idosos com HAS e DM não está atualizado faltando muitos por ser avaliados. Com orientação nutricional e de atividade física temos 380 usuários (70%). E, em relação a saúde bucal apenas 120 usuários - 22%.

Já estamos trabalhando sobre nossas dificuldades para melhorar este programa realizamos várias atividades de promoção em saúde com os idosos que mais frequentam o unidade de saúde em parceria com o professor de educação física, a nutricionista como orientações educativas, atividades físicas leves além que se estão renovado os bancos de dados do unidade com os ACS atualizando seus registros do área e apoiando em registrar ocasionalmente na área descoberta, também planejamos as visitas domiciliares a usuários idosos que por problemas de locomoção ou de dificuldade de distância não podem ir até a unidade de saúde.

Já finalizando considero que o maior desafio que temos é trabalhar com a sobrecarga de trabalho, já que temos uma população maior que a descrita, além de termos uma área descoberta de ACS.

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

Depois de realizar toda esta análise da minha unidade de saúde em comparação ao primeiro texto da semana de ambientação, é notável o conhecimento alcançado depois de trabalhar com as diferentes tarefas do curso assim com a facilidade do caderno de ações programáticas que ajudou muito a resumir a realidade da situação de saúde. O primeiro texto não tem a realidade clara da situação de saúde, e o RAS tem a estrutura bem detalhada em cada uma de suas partes do unidade, os indicadores de cobertura e de qualidade de cada programa.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Profundas mudanças vem ocorrendo na estrutura etária da população brasileira, caracterizada pela acentuada longevidade atribuída as melhores condições de vida nas pessoas e os alcances tecnológicos em saúde. Estão ocorrendo também a transição demográfica e epidemiológica, que resultam em aumento na expectativa de vida, maior tempo de exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e mudança nos padrões de mortalidade e morbidade. Este novo padrão de saúde e doença promovem que ocorra uma adequação da atenção à saúde para atender a uma população mais idosa (BRASIL, 2010).

Minha unidade de saúde da família conta com uma população de 6799 habitantes, distribuída em cinco setores amplos, minha equipe de trabalho esta integrada pela enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, assistente de dentista, auxiliar de administração, quatro agentes comunitários de saúde e médico, e está localizada na zona rural. As características da estrutura de minha unidade limitam o atendimento dos idosos. A equipe de saúde está trabalhando com uma população para 3 equipes, limitando acessibilidade a unidade aos usuários idosos já que tem muita população e muita demanda espontânea diminuindo o tempo disponível para seguir este programa, além disso tem povos distantes da unidade o que limita aos usuários idosos o acompanhamento adequado, porque muitas vezes não conseguem chegar a unidade por problemas com transporte.

A unidade apresenta um total de 400 idosos cadastrados para um total estimado de 680. Temos uma cobertura de 54%, todos eles distribuídos em toda a região, alguns muito longe da unidade. Neste momento a qualidade da atenção à

saúde desta população é baixa pois não se tem registro e um planejamento de consultas específicas para estes usuários, só se acompanham porque muitos deles tem alguma doença crônica que são avaliadas regularmente. Estamos desenvolvendo ações de promoção como palestras informativas sobre dieta e alimentação, importância do exercício físico, ações com grupos de idosos em conjunto com a comunidade, em parceria com o professor de educação física e com o nutricionista do NASF, na unidade de saúde, e em outros lugares da comunidade.

O desenvolvimento do programa de saúde do idoso na unidade de saúde era pouco, pois não se realizavam ações, não se acompanhavam os idosos do jeito correto, o envolvimento da equipe antes do projeto era nulo, mas com o projeto de intervenção vamos buscar a melhoria da atenção, da cobertura e a aplicação das estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças e comorbidades. Conhecemos e temos identificadas as maiores dificuldades e limitações existentes como o tamanho da população que atendemos, as distâncias grandes entre cada um dos setores, a existência de uma grande zona sem cobertura que está sem agente comunitário, mas com um bom planejamento das ações e com a disposição da equipe vamos melhorar a atenção aos idosos de toda a área, sua qualidade de vida e o seu acesso ao sistema de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na UBS Traíras, Macaíba/RN.

2.2 Objetivos Específicos

- 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 aos idosos de risco da área de abrangência.
- 6 Promover a saúde dos Idosos.

2.3 Metas

Meta 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%.

Metas relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saude

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

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

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

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

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 cadastrados para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

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

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

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

Meta 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.

Metas relativa 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

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

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

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

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

Metas relativa ao Objetivo 6 : Promover a saúde dos Idosos

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

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

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 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Traíras, no Município de Macaíba estado Rio Grande do Norte. Segundo a estimativa devemos ter a participação de 680 usuários maiores de 60 anos, de ambos os sexos.

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%.

Eixo: Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento será responsabilidade da enfermeira e do médico que irão revisar o registro dos idosos semanalmente.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação :Acolher os idosos

Detalhamento :Esta atividade vai ser feita diariamente por toda a equipe de saúde nos dois turnos de atendimento incluindo médicos e enfermeiras desde o começo do programa.

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

Detalhamento: Atividade que vai ser responsabilidade dos ACS que desde agora estão fazendo este trabalho para entregar na primeira semana do programa. Assim como que estão trabalhando na área sem cobertura para atualizar o cadastro dos idosos.

Ação :Atualizar as informações do SIAB

Detalhamento: Tarefa designada a assistente de administração, junto com a enfermeira responsável da USF.com uma periodicidade semanal, a revisão será feita por a enfermeira.

Eixo: 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

Detalhamento: Faremos esse esclarecimento nos grupos de HIPERDIA com uma periodicidade semanal e nas comunidades as quartas feiras antes da marcação de fichas, sendo realizado por o médico e enfermeira, a revisão será feita pela enfermeira e o médico da unidade de saúde.

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

Detalhamento :Faremos esse esclarecimento nos grupos de HIPERDIA duas vezes

por semana e nas comunidades e as quartas feiras antes da marcação de fichas.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação :Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Será responsabilidade do médico e enfermeira do PSF na primeira semana em tempo de duas horas no horário da tarde.

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

Detalhamento: Responsabilidade do médico da USF e da enfermeira que será feito na primeira semana do programa no tempo de uma hora a tarde.

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

Detalhamento: Atividade que será feita com o apoio da assistente social do NASF e o médico na primeira semana uma hora no horário da manhã.

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.

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Semanalmente pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Fazendo revisão deles com periodicidade mensal pelo médico e enfermeira para garantir a calibragem adequada

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

Detalhamento: Responsabilidade da enfermeira responsável da USF, com

periodicidade mensal.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA com periodicidade semanal e nas comunidades assim como as quintas feira de tarde em a marcação das fichas. Sendo realizada por o médico e enfermeira da unidade de saúde.

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

Detalhamento: Com ajuda da assistente social nas consultas de avaliação médica agendadas, com uma frequência quinzenal.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

Ação :Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela USF.

Detalhamento: Na reunião da equipe na primeira semana 1 hora, à tarde, pela enfermeira e o médico da unidade.

Ação :Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: No horário da tarde na primeira semana um turno de 2 horas sendo realizado por o médico e enfermeira da unidade

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

Detalhamento: Na reunião da equipe de saúde na primeira hora a primeira semana por a enfermeira da unidade.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Duas vezes por semana durante a consulta do grupo HIPERDIA pôr o médico e enfermeira de equipe de saúde familiar.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Atividade que será feita antes da primeira semana do programa pela enfermeira e o médico da USF.

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

Detalhamento: A ser feito com a ajuda dos ACS e da equipe do USF nos domicílios dos usuários idosos olhando suas carteirinhas, com uma frequência semanal.

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

Detalhamento: Realizar agendamento das consultas em horários acessíveis para eles conseguindo desta maneira garantir sua presença no unidade de saúde, por a técnica de enfermagem e assistente de administração com uma frequência semanal.

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

Detalhamento: A ser responsabilidade do médico da USF ao encaminhar cada paciente.

Eixo :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: Nos grupos de HIPERDIA frequência semanal e nas comunidades e em as marcações de fichas as quintas férias tarde, sendo realizada por o médico e enfermeira da unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

Ação :Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Na primeira semana do programa no turno da tarde em uma hora por o médico e enfermeira da unidade de saúde

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

Detalhamento: Na primeira semana do programa no turno da tarde em uma hora por o médico e enfermeira do unidade.

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

Eixo :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: O médico e a enfermeira revisando os registros destes usuários uma vez por semana.

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

Detalhamento: Semanalmente fazendo revisão dos registros pelo médico e a enfermeira.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Responsabilidade do médico do USF nas consultas individuais,nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares.com uma frequência semanal.

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

Detalhamento: Responsabilizando a enfermeira do unidade de saúde para convidar o gestor na reunião da equipe e desta maneira conseguir agilizar estes exames com

uma frequência mensal.

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

Detalhamento: Atividade que será feita com ajuda da assistente de administração e a enfermeira na triagem com uma frequência semanal.

Eixo :Engajamento público:

Ação :Orientar aos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares que são feitos semanalmente e em as marcações de fichas as quintas tarde, pôr o médico e enfermeira do unidade.

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA feitos nas comunidades duas vezes por semana e em as marcações das fichas as quintas ferias tarde por o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Responsabilidade do médico e enfermeira do USF na primeira semana da intervenção.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Conseguir com ajuda da técnica de enfermagem da USF fazendo uma revisão dos registros semanalmente.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Mensalmente pela técnica de enfermagem sendo supervisionado pela enfermeira.

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

Detalhamento :Responsabilidade da técnica de enfermagem do unidade de saúde com uma frequência semanal.

Eixo :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 obter este acesso.

Detalhamento: A ser feito nos grupos de Hiperdia nas comunidades duas vezes por semana e em as entregas das fichas de marcação as quinta à tarde por o médico e enfermeira do unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Na primeira semana no horário da tarde pelo médico do USF quem realizara a revisão do tema pôr os protocolos de atendimento.

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

Detalhamento: A ser feito na primeira semana a tarde com duração de uma hora, sendo responsabilidade do médico e da enfermeira do unidade de saúde.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Mediante revisão dos registros da USF e com ajuda dos ACS com uma periodicidade semanal

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Atividade a ser garantida pela enfermeira da USF com uma frequência semanal.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA nas comunidades e em as marcações das fichas de atenção as quinta férias a tarde ou o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Facilitada esta atividade pelo médico da USF no horário da tarde uma hora na primeira semana.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Feito pelo médico e enfermeira do USF revisando os registros semanalmente.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Com ajuda dos ACS nas reuniões de equipe. Uma vez por mês.

Eixo :Engajamento público:

Ação :Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita

domiciliar.

Detalhamento: Será discutido todas as semanas nos grupos de HIPERDIA. e em as marcações das fichas de atendimento as quinta feria a tarde pela enfermeira do unidade.

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

Detalhamento: Será discutido todas as semanas nos grupos de HIPERDIA nas comunidades e as quintas férias durante a entrega das fichas de atendimento pela enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Em capacitação dos ACS na primeira semana na tarde pelo médico da USF.

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

Detalhamento: em capacitação dos ACS na primeira semana na tarde pelo médico da USF.

Meta 2.7- Rastrear 100% dos idosos cadastrados para HAS

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Fazendo revisão dos registros semanalmente pela enfermeira do unidade.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Responsabilidade da equipe básica de saúde estabelecendo acolhimento nos dois turnos de atendimento com periodicidade semanal.

Ação :Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial

(esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Mediante solicitação aos gestores de saúde, sendo responsabilidade da enfermeira do unidade na semana antes da intervenção

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Realizado nas comunidades duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA e em as entregas das fichas de atenção as quinta férias a tarde por o médico e enfermeira do unidade

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

Detalhamento: Realizado nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana e nas comunidades e em as marcações das fichas de atendimento as quinta férias a tarde por o médico e enfermeira do unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: A ser feito em capacitação pelo médico do USF na primeira semana a tarde, quem realizara a revisão do tema.

Meta 2.8- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para DM

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Em revisão conjunta dos registros semanalmente pelo médico e enfermeira.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Atividade a ser cumprida pela equipe toda fazendo um acolhimento nos dois turnos de atendimento e estabelecendo comparações segundo critérios dos usuários cm frequência semanal.

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

Detalhamento: Com os gestores de saúde sendo responsabilidade da enfermeira do unidade uma semana antes do projeto de intervenção.

Ação :Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Responsabilidade do médico e enfermeira fazer a revisão dos registros semanalmente

Eixo :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 HAS.

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana nas comunidades e as quinta feria em a marcação das fichas de atendimento realizado por o médico e enfermeira do unidade.

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

Detalhamento: Com ajuda dos agentes comunitários de saúde mediante reuniões com líderes das comunidades e orientando as pessoas nas visitas domiciliares com uma frequência semanal o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

Ação :Capacitar a equipe da USF 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: Na primeira semana pelo médico e a enfermeira da USF. Revisão será feita pela enfermeira do unidade.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

Ação :Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Examinando no espaço da consulta os idosos e determinando a necessidade deste tratamento, responsável médico e enfermeira do unidade com periodicidade semanal..

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Atividade que deverá ser garantida pelas enfermeiras e médicos além de todos os integrantes da equipe com frequência semanal.

Ação :Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Responsabilidade dos ACS junto com médicos e enfermeiras, com uma frequência semanal

Ação :Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O qual será responsabilidade da enfermeira e o médico do USF com frequência semanal.

Ação :Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Que será feita segundo as necessidades de atendimento odontológico e mediante gestões com a secretaria de saúde, responsabilidade da equipe toda com uma frequência semanal.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana nas comunidades e as quinta feria em a marcação das fichas de atendimento por a dentista do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Na primeira semana no horário da tarde uma hora pela dentista do unidade.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Que será levado a cabo pela enfermeira e médico do unidade de saúde fazendo uma revisão dos registros odontológicos semanalmente.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O que será feito por toda a equipe de saúde. Uma vez por semana.

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

Detalhamento: Atividade a ser cumprida fazendo a revisão dos registros de atendimento odontológico semanalmente pelo médico e enfermeira.

Ação :Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idoso.

Detalhamento: Feito pela enfermeira do unidade de saúde com uma frequência semanal.

Ação :Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O que será feito no espaço do acolhimento por toda a equipe de saúde semanalmente.

Eixo :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.

Detalhamento: Mediante os agentes comunitários de saúde e nas reuniões do grupo de HIPERDIA duas vezes por semana.

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

Detalhamento: Nas visitas domiciliares e nos grupos de HIPERDIA e as quinta feria em a marcação das fichas de atendimento pela dentista do unidade de saúde.

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

Detalhamento: Nas reuniões dos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares e a quinta feria em a marcação das fichas de atendimento pela enfermeira e dentista da unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Que será feito em uma hora no espaço da tarde onde o odontólogo contratado pelo SUS explicara como vai ser feito o atendimento.

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

Detalhamento: O que será feito na reunião da equipe pelo médico e odontólogo em a primeira semana da intervenção.

Ação :Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: Que será feito no espaço da tarde em uma hora pelo médico em a primeira semana da intervenção.

Ação :Capacitar o dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Que será feito no horário da tarde pelo médico do unidade de saúde, orientando o dentista as principais interações da doença com a saúde bucal na semana antes da intervenção.

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

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Fazendo revisão dos registros, o médico e a enfermeira com periodicidade quinzenal.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A ser feito pela equipe do USF no horário de visita domiciliar uma vez por semana.

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

Detalhamento: Facilitando um horário acessível para eles e assim garantindo que seja feita a consulta, responsabilidade da enfermeira com periodicidade semanal.

Eixo :Engajamento público:

Ação :Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA e as quinta feria em a marcação das fichas de atendimento pôr o médico e enfermeira do unidade.

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

Detalhamento: Nas reuniões que são feitas mensalmente nos grupos de HIPERDIA pôr o médico e enfermeira do unidade.

Ação :Esclarecer aos idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana por o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: A ser feito na USF na primeira semana no horário da tarde pelo médico do USF.

Ação :Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Responsável o médico para ser determinado na reunião de equipe da primeira semana.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Em revisão dos registros de prontuário medico feita pelos médico e enfermeira do unidade com frequência quinzenal.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Com ajuda da assistente de administração para garantir o seguimento correto dos idosos com frequência semanal.

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

Detalhamento: Atividade que será possível com ajuda dos gestores da saúde uma semana antes da intervenção.

Ação :Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: A ser feito na primeira reunião de equipe pôr o médico e enfermeira do unidade de saúde.

Ação :Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Na primeira reunião de equipe responsabilizando a enfermeira do unidade de saúde.

Ação :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: Vai ser realizado pelos informáticos da prefeitura. Uma semana antes da intervenção.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Será abordado nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana e as quintas feria em a marcação das fichas de atendimento pôr o médico e enfermeira da unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Para ser feito segunda semana no horário da tarde pela enfermeira da unidade.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Se essa Caderneta chegar, realizaremos o monitoramento com frequência semanal pelo médico e a enfermeira.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Garantindo se não tiver a original um modelo substitutivo que garante o registro das informações uma semana antes da intervenção.

Eixo :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: A ser feito nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana por o médico e enfermeira do unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Capacitação será realizada na segunda semana no horário da tarde pelo médico.

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

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Fazendo uma pesquisa ativa em cada uma das consultas feitas ao idoso o médico e enfermeira com uma frequência semanal.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Estabelecendo um sistema de atendimento prioritário para este grupo de idade feito pelo médico e enfermeira da USF com frequência quinzenal.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana por o médico da unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Na segunda semana no espaço de uma hora a tarde ou médico e enfermeira da unidade

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Mensalmente analisando os registros sendo realizado por o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

Ação :Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Garantindo que sejam educados adequadamente para evitar complicações, a ser feito pela enfermeira da triagem.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana por a enfermeira e o médico do unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Na segunda semana no horário da tarde por o médico do unidade de saúde.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Com análise periódica dos registros dos idosos cadastrados na USF feito pelo médico e enfermeira mensalmente.

Ação :Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Com ajuda dos ACS feito desde antes de começar o programa.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A ser feito pela equipe do USF duas vezes por semana.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana pela enfermeira do unidade de saúde.

Ação :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: A ser estimulado nos grupos de HIPERDIA que se fazem duas vezes por semana nas comunidades pôr o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Com ajuda da assistente social na segunda semana no horário da manhã.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idoso

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Com ajuda da nutricionista mensalmente.

Ação :Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Revisando os registros de atendimento médico mensalmente.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Em reunião de equipe na primeira semana ela enfermeira da unidade

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares o médico e enfermeira do unidade

Eixo :Qualificação da pratica 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 brasileira".

Detalhamento: No horário da manhã na segunda semana pela nutricionista do NASF.

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

Detalhamento: No horário da manhã na segunda semana pela nutricionista da NASF e o médico.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Mediante revisão dos registros de prontuário pelo médico e enfermeira mensalmente.

Ação :Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Segundos dados dos registros médicos semanalmente realizando esta ação o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe de saúde pôr o médico e enfermeira do unidade.

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

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe de saúde, responsabilidade da enfermeira.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana por o médico do unidade de saúde

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Na segunda semana a tarde pelo médico do USF.

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

Eixo :Monitoramento e avaliação:

Ação :Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Mensalmente revisando os registros o médico e enfermeira do unidade.

Eixo :Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A ser feito pelos médico e enfermeira com frequência semanal.

Eixo :Engajamento público:

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

Detalhamento: Nos grupos de HIPERDIA duas vezes por semana pela dentista do unidade de saúde.

Eixo :Qualificação da pratica clínica:

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

Detalhamento: Na segunda semana pelo médico do USF à tarde.

2.3.2 IndicadoresMetas 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%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

Metas relativa ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade dde Saude.

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

Meta 2.4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Indicador 2.4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 2.5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada .

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de

abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicadores 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados .

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

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

Meta 2.7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar .

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

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

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos cadastrados para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.8: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

Meta 2.9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.9: Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de

atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados.

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

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

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

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Metas 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.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Metas relativa ao Objetivo 4. Melhorar o registro das Informações.

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

Indicadores 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia .

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

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

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

Indicadores 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Metas relativa ao Objetivo 5 Mapear aos idosos de risco da área de abrangência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia .

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Metas relativa ao Objetivo 6.Promover a saúde dos Idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realização da intervenção vamos a adotar o Manual Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa (BRASIL, 2006), e o Manual Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento de 2010 (BRASIL, 2010) ambos do Ministério de Saúde.

Utilizaremos as fichas de atendimento individual e fichas espelho do curso, além de trabalhar com uma ficha complementar com outras informações necessárias, como parâmetros de qualidade da consulta, evolução desde o início do acompanhamento, avaliação de fragilidade, presença ou não de limitações físicas, saúde bucal, classificação de risco. Estimamos alcançar com a intervenção 544 usuários idosos da área precisando de 544 cópias das fichas que serão solicitadas na secretaria de saúde uma semana antes de iniciar a intervenção para o registro das informações.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e a técnica de enfermagem revisaram o livro de atendimento que se atualiza diariamente identificando todos os usuários com mais de 60 anos que vieram a consulta nos últimos 4 meses, localizaram os prontuários deles e transcreveram todas as informações disponíveis para as fichas espelho, ao mesmo tempo realizaram o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso ou inexistente, exames laboratoriais avaliação nutricional e vacinas.

Para viabilizar a ação de Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, a enfermeira, semanalmente, examinará as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que

estão com consulta, exames clínicos, exames laboratoriais, e vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa, já agendando os usuários para consulta segundo planejamento. Ao final de cada semana as informações serão consolidadas na planilha de coleta de dados pela assistente administrativa da unidade.

A técnica de enfermagem realizará o acolhimento dos idosos que vierem a unidade básica de saúde (UBS), e realizarão o agendamento da consulta, e cadastrando aqueles que ainda não estiveram cadastrados. Os agentes de saúde irão atualizar e cadastrar os idosos de suas áreas, e combinar 3 dias do mês para atualizar o registro da área sem agente.

Para viabilizar ação de esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde assim como informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na unidade de saúde, a equipe de saúde fará contato com os representantes da comunidade, e com os professores nas escolas para apresentar o projeto, salientando a necessidade de priorizar a atenção para esse grupo, iremos solicitar o apoio da comunidade para a busca e cadastro dos idosos.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitar a equipe para a Política Nacional de Humanização, já na análise situacional e definição de um foco de intervenção os temas foram discutidos com o equipe de saúde, assim começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o protocolo de atenção ao usuário idoso para toda a equipe utilizá-lo como referência na atenção aos idosos, esta capacitação ocorrerá na UBS, e será reservada 2 horas da tradicional reunião de equipe.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente o projeto estava programado para ser desenvolvido em 16 semanas, porém conforme orientação do curso, houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade.

Depois de 3 meses de trabalho árduo por todo a equipe de trabalho chegamos ao final de uma etapa importantíssima na contínua melhoria da qualidade da atenção à população. Dentre as ações previstas a serem desenvolvidas nestas semanas podemos concluir que o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento foi realizada satisfatoriamente pois de inicio ficou bem combinado todo este processo, feito com uma periodicidade mensal mas com um registro semanal, a maior dificuldade foi o tempo porque muitas vezes tínhamos muito trabalho a enfermeira e eu, mas ao terminal foi completada integralmente.

O acolhimento dos idosos foi feito também sem muitas dificuldades. Desse mesmo jeito foi com o cadastro dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde, no início ficávamos um pouco atrapalhados, mas depois com a pratica ficamos mais ágeis, incluindo a área sem cobertura de agente comunitário, que foi cadastrada quase completamente, devido a diminuição do tempo do projeto não completamos, mas como vamos continuar com o projeto, creio que em poucas semanas terminamos também ela, por isso essa ação foi completada parcialmente

As informações do SIAB foram atualizadas na unidade sem problemas, incluído os novos idosos registrados pelos agentes de saúde completando esta tarefa integralmente. Durante todo o processo de intervenção realizamos esclarecimento à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde com a periodicidade planejada, foi satisfatória e cumprida integralmente, assim como os grupos de hiperdia e as marcações de fichas. A ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde foi feita satisfatoriamente sem dificuldade, de jeito integral em todas as semanas planejadas.

Na primeira semana realizamos a capacitação da equipe para o acolhimento aos idosos e a capacitação dos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, sem problemas completando estas ações integralmente. Da mesma maneira realizamos a capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Todas as ações da área clínica foram realizadas integralmente e sem dificuldades, assim como o monitoramento dessas ações e as atividades comunitárias.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A ação de garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades não foi desenvolvida porque não chegou nenhuma contra referencia das referencias enviadas por estes problemas de saúde, em todo o processo depois de algumas reuniões com os gestores municipais, a secretaria de saúde, com o objetivo de melhor esta situação foram tomadas algumas medidas que agora é que estão dando resultado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, não tivemos nenhuma dificuldade. A equipe no inicio passou um pouco de trabalho porque ficavam atrapalhados com tantos usuários, mas depois ficaram mais ágeis em todo o processo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe já incorporou as ações à rotina de trabalho, e daqui pra frente vamos aprimorar alguns fatores que ainda estão deficitários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção marcou um início importantíssimo em toda a história da comunidade, minha equipe de trabalho com sua disposição diária cumpriu com quase todas as metas traçadas durante o planejamento, com a única dificuldade que afetou a quantidade de usuários idosos atendidos, e alguns indicadores, que foi a duração da intervenção de 3 meses, quando de início tínhamos planejados 4 meses para o desenvolvimento da intervenção. A população de idosos de minha área de trabalho é de aproximadamente 680 pois temos um total de 6799 usuários, e mais de 50% da população adstrita moram em lugares distantes da unidade.

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 %.

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

Este indicador durante toda a intervenção evoluiu satisfatoriamente, pois de início planejamos para atingir à meta proposta, atender uma média de 40 idosos por mês e sempre um pouco mais ou um pouco menos estivemos alcançando esta quantidade. No primeiro mês foram atendidos 149 usuários (21,9%), no segundo mês foram 323 (47,5%) um aumento muito satisfatório, e ao término do terceiro mês foram 431 (63,4%) com muito trabalho por parte da equipe acho um resultado muito satisfatório para 3 meses da intervenção.

A ação que mais ajudou neste objetivo foi recadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde, os idosos que não chegaram a ser

atendidos foram principalmente pela diminuição do tempo da intervenção. Não se conseguiu atingir a meta porque o período da intervenção diminuiu de 4 meses a só 3 meses

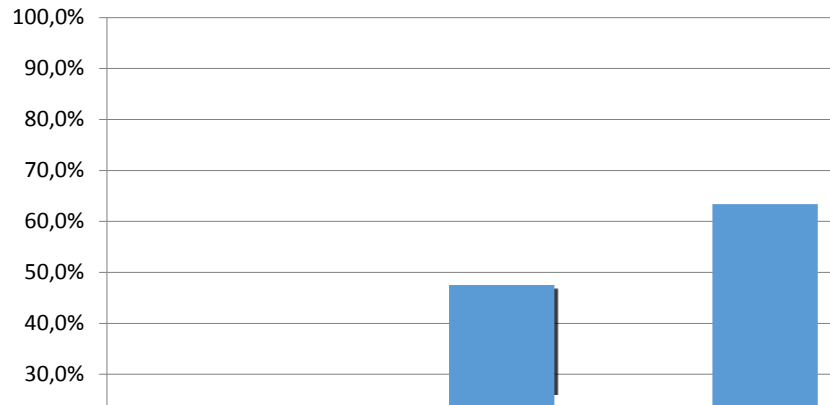


Figura 1: Gráfico referente à Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Nos indicadores de qualidade é visível um aumento significativo em comparação com os já existentes pois de início tínhamos identificado só 97 idosos com esta avaliação feita em dia. No primeiro mês foram feitas 108 avaliações (72,5%), já no segundo mês foram feitas 323 (100%),e no terceiro mês 431 (100%) sem nenhuma dificuldade.

A ação que mais auxiliou neste indicador foi garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).pois assim a enfermeira e eu em consulta realizamos as avaliações.

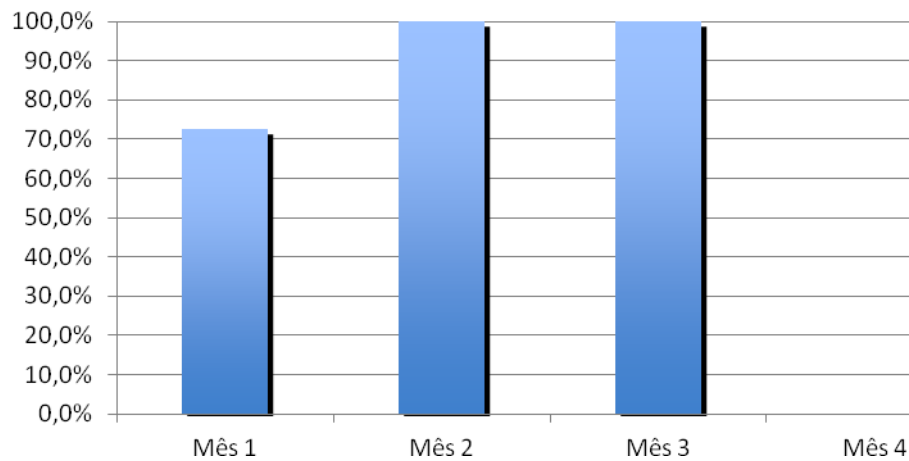


Figura 2: Gráfico referente a Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

No primeiro mês foram atendidos 108 usuários (72,5%), mas, no segundo mês foram atendidos 323 (100%) e no terceiro mês foram 431 (100%). A ação que mais auxiliou neste indicador foi organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

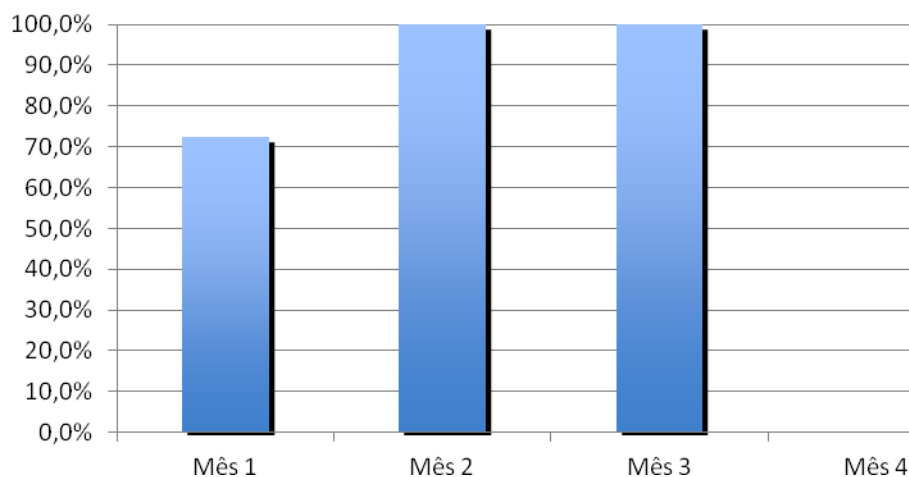


Figura 3: Gráfico referente a Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

Este indicador também foi logrado satisfatoriamente desde o início, no primeiro mês foram solicitados exames a 132 usuários (81,8%), já no segundo mês foram 240 usuários (93,8%) e no terceiro foram 321 usuários (100%). A ação que mais auxiliou destes indicador foi orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, pois anteriormente foram orientados exames também e muitos usuários nunca fizeram, mas com as orientações para a população melhorou a compreensão da importância destes.

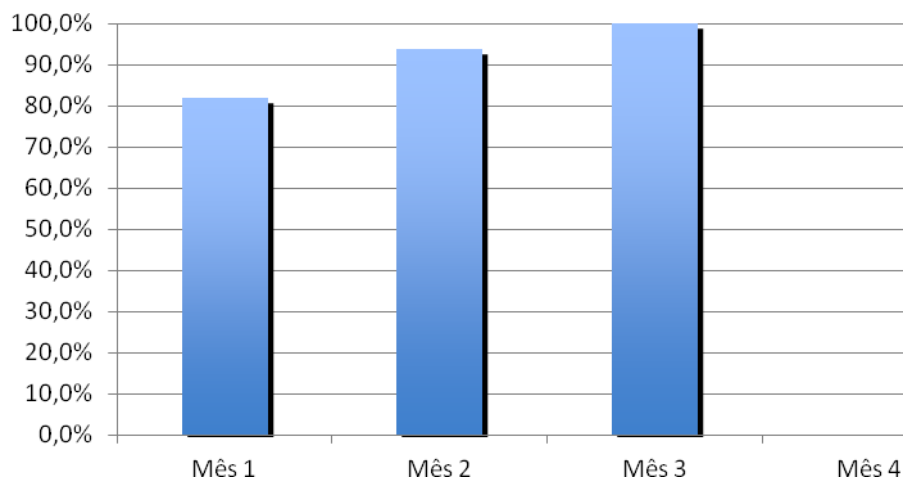


Figura 4: Gráfico referente a Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: : Planilha de coleta de dados na UBS Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte/.2015

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

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

Este indicador foi feito também sem nenhuma dificuldade. No primeiro mês foram prescritos medicamentos da farmácia popular para 127 usuários (85,2%), no segundo mês foram 296 (91,6%) e no terceiro foram 431 (100%) todo sem dificuldade melhorando dos 116 que tínhamos registrados no início antes da intervenção.

A ação que mais auxiliou foi manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde porque assim podíamos modificar os tratamentos equilibradamente entre todos os remédios existentes.

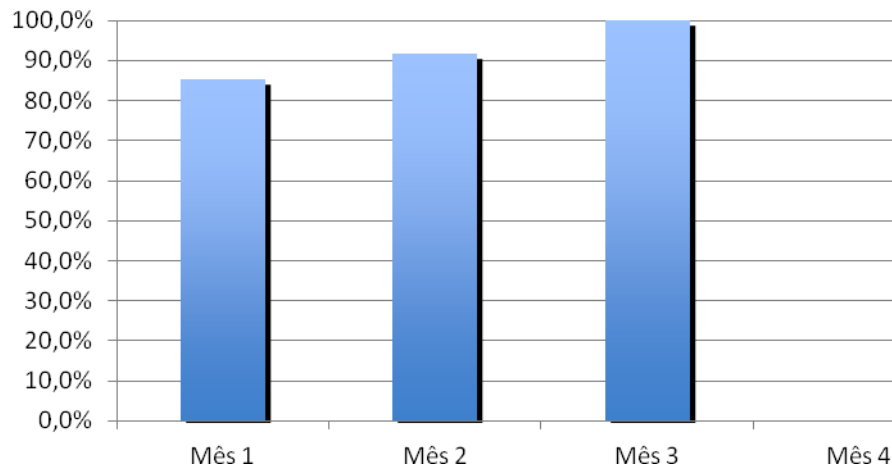


Figura 5: Gráfico referente a Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Fonte: : Planilha de coleta de dados na UBS Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte/2015

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

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

Neste indicador não apresentamos nenhuma dificuldade, atingimos 100% dos usuários nos 3 meses de intervenção. A ação que mais auxiliou foi garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

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

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

Cumprimos este indicador satisfatoriamente durante toda a intervenção, no primeiro mês foram visitados 24 idosos (96%), no segundo mês foram 67 (98,5%) e

no terceiro mês foram 80 (100%). A ação que mais auxiliou neste indicador foi organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. A dificuldade para realizar a visita a alguns idosos foi a distancia de moradia da unidade.

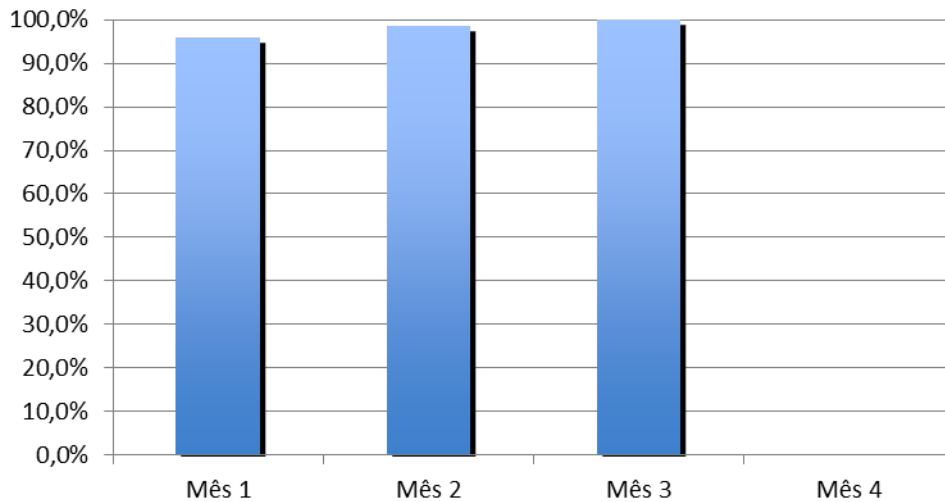


Figura 6 Gráfico referente á Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

Este indicador foi cumprido também sem nenhuma dificuldade, no primeiro mês foram rastreados um total de 148 (99,3%), no segundo mês foram 288 - (89,2%) e no terceiro mês foram 424 - (98,4%) o que também aumenta o total de registro que era antes da intervenção de 278 usuários.

A ação que mais auxiliou neste indicador foi melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS pois assim foram rastreados um número maior de usuários. Não atingimos ao 100 % porque alguns dos idosos captados não tinham o registro das consultas anteriores.

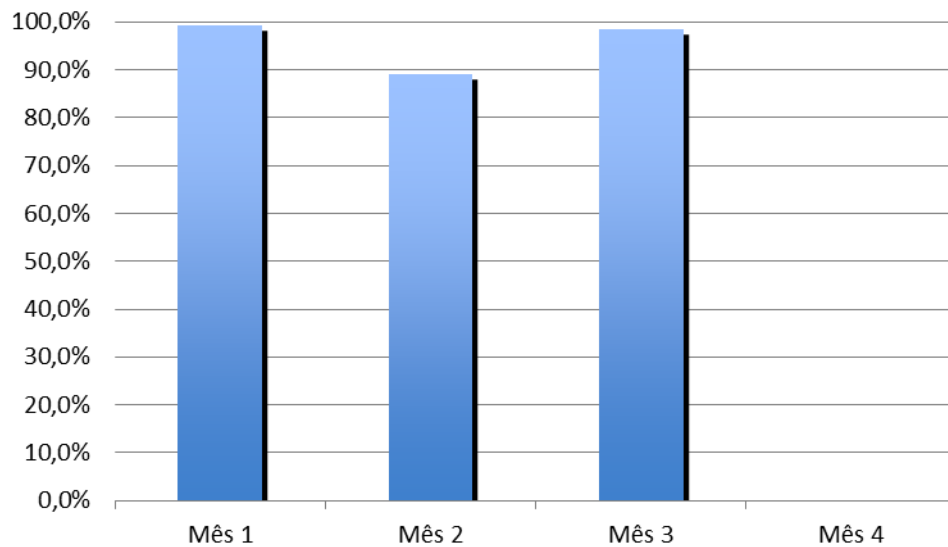


Figura 7: Gráfico referente Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Neste indicador tampouco tivemos dificuldades, no primeiro mês foram rastreados um total de 87,3% com 117 usuários, no segundo mês foram 253 usuários - total de 98,8% e no terceiro mês foram 317 (99,1%). A ação que mais auxílio foi a garantia do material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, pois sem os recursos necessários não foram podido ser rastreados estes usuários. Não atingimos a meta porque teve um momento que faltaram as bandas para realizar o hemoglicoteste mais foi rapidamente subministrado pela SMS municipal.

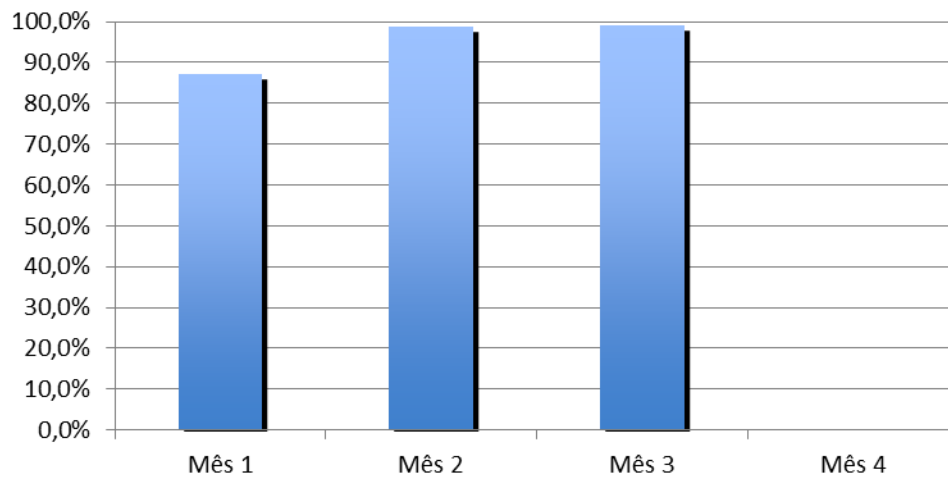


Figura 8: Gráfico referente a Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

Indicadores 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este indicador foi feito também sem dificuldade e aumentamos o registro do início de 205 usuários levando uma evolução favorável, no primeiro mês foram avaliados 114 - 76,5%, no segundo mês foram avaliados 323 - 100% e no terceiro mês foram avaliados 431 também - 100% .

A ação que mais auxiliou neste indicador foi oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde porque deste jeito melhorávamos em certa forma o acompanhamento deles já que não tinham que esperar muito e melhorávamos a qualidade de sua atenção.

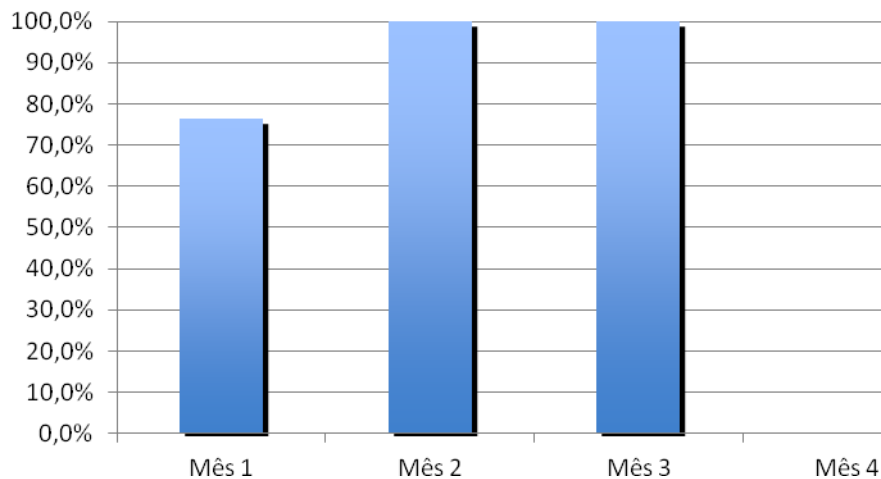


Figura 9: Gráfico referente a Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica.

Neste indicador também tivemos muito bom resultado na intervenção. Aumentamos o número de idosos registrados com primeira consulta odontológica (98, antes da intervenção). No primeiro mês foram 106 idosos - 71,1%, já no segundo mês foram 323 - 100% e no terceiro foram 431 - 100% sem dificuldade.

A ação que mais ajudou neste indicador foi organizar a agenda de saúde bucal para o atendimento dos idosos o que foi fundamental para que a odontóloga pudesse realizar todas as consultas.

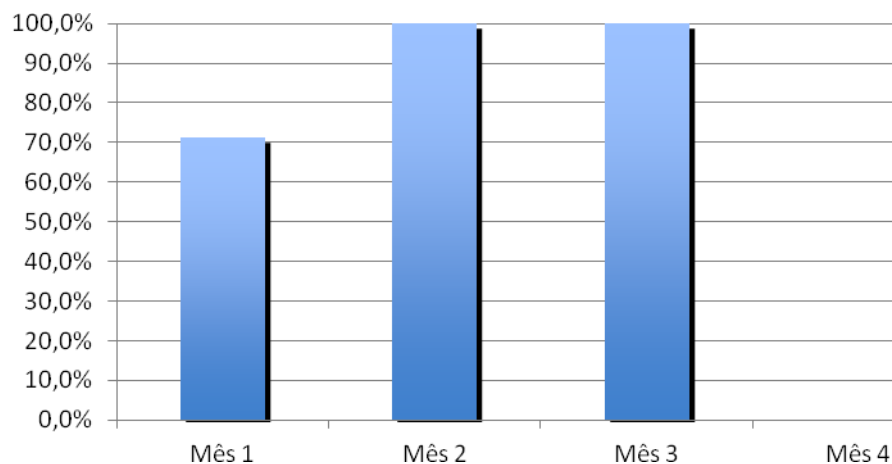


Figura 10: Gráfico referente a Proporção de idosos com primeira consulta odontológica
 Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

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

Neste indicador também melhoramos muito em comparação com o registro prévio a intervenção quando tínhamos 57 usuários faltosos que receberam busca ativa aumento para 198 faltosos que receberam a busca ativa durante a intervenção No primeiro mês foram 41 (100%), no segundo mês foram 133 (98,5%) e no terceiro mês foram 198 (99,5%). A ação que mais auxiliou foi organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos pelos agentes de saúde que tiveram um trabalho ótimo nesse sentido. Não atingimos a meta porque teve 1 que não quis fazer o acompanhamento pela unidade e não foi mãos todo o resto foi resgatado e atualizado em sua saúde.

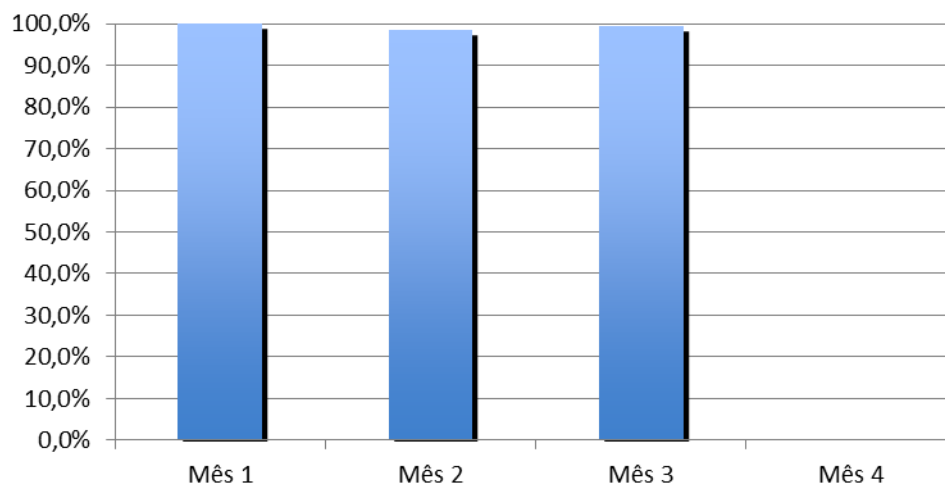


Figura 11: Gráfico referente a Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

Objetivo:4 Melhorar o registro das informações.

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

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

Não tivemos dificuldades no cumprimento deste indicador. No primeiro mês foram 108 (72,5%), já no segundo mês foram 323 (100%) e no terceiro mês foram 431 (100%). A ação que mais ajudou foi Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos pois com ela o equipe tinha um controle mais específico de cada um dos idosos e seus dados em consulta.

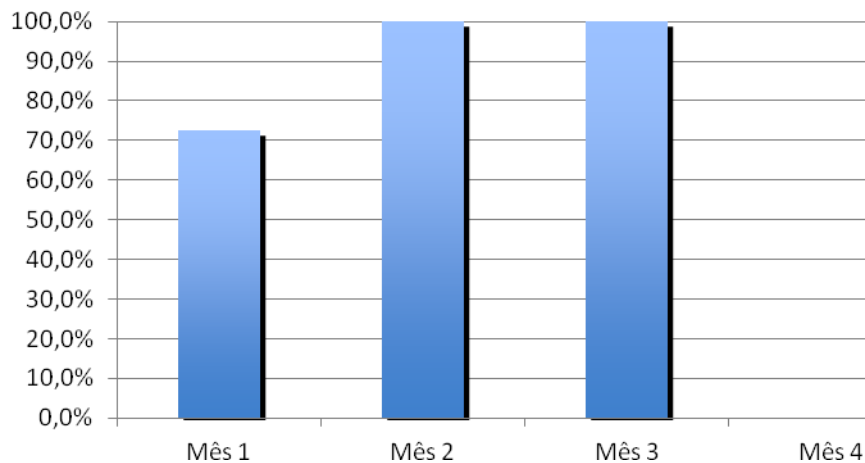


Figura 12: Gráfico referente a Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

Este indicador foi um pouco trabalhoso para cumprir com o 100%, mas, ao final ocorreu tudo certo. No primeiro mês ficaram com cadernetas um total de 94 idosos (63,1%), no segundo mês foram 264 (81,7%) e no terceiro mês foram 408 (94,7%). Melhorando o registro anterior de 107 usuários. A ação que mais ajudou foi solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa já que a falta das cadernetas foi o maior problema. O resto dos usuários que ficaram sem a caderneta, não tínhamos modelos naquele momento mas ao final da última semana entraram à unidade o resto faltante.

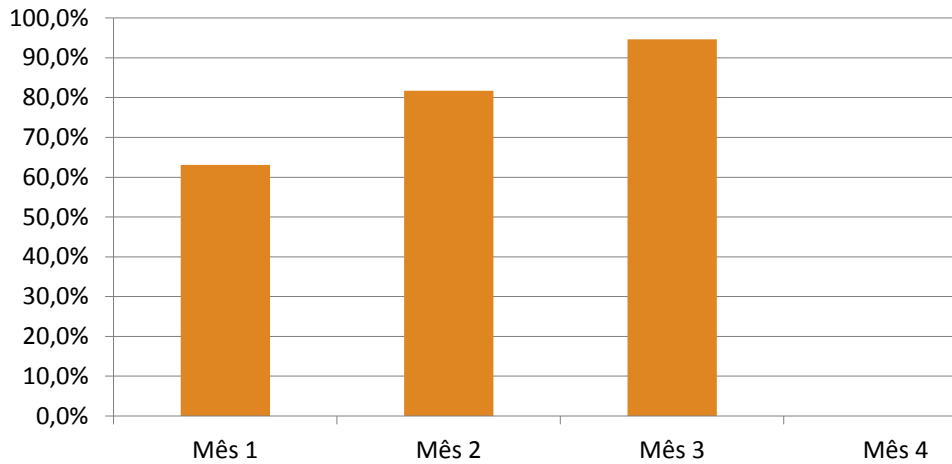


Figura 13: Gráfico referente a Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

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

Neste indicador não apresentamos nenhuma dificuldade cumprindo com ele satisfatoriamente, e aumentado o registro anterior à intervenção de 278 usuários. No primeiro mês foram avaliados 108 usuários (72,5%), no segundo mês foram avaliados 323 (100%) e no terceiro mês foram 431 (100%) sem dificuldade.

A ação que mais ajudou foi priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade pois melhora a qualidade do acolhimento deles à unidade de saúde, melhorando também sua assistência.

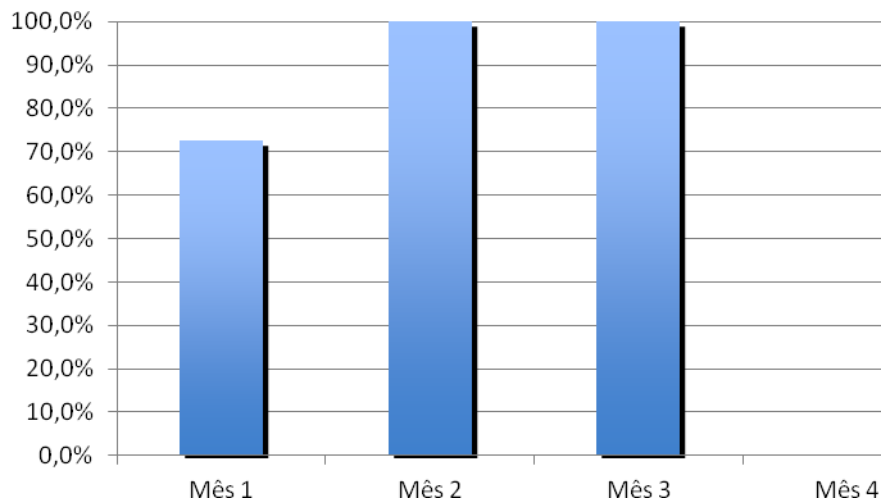


Figura 14: Gráfico referente a Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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.

Cumprimos muito bem este indicador, no primeiro mês foram 108 (72,5%), no segundo mês foram 323 (100%) e terceiro mês foram 431 (100%). A ação fundamental foi priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice que melhorou muito o acolhimento destes usuários na unidade de saúde.

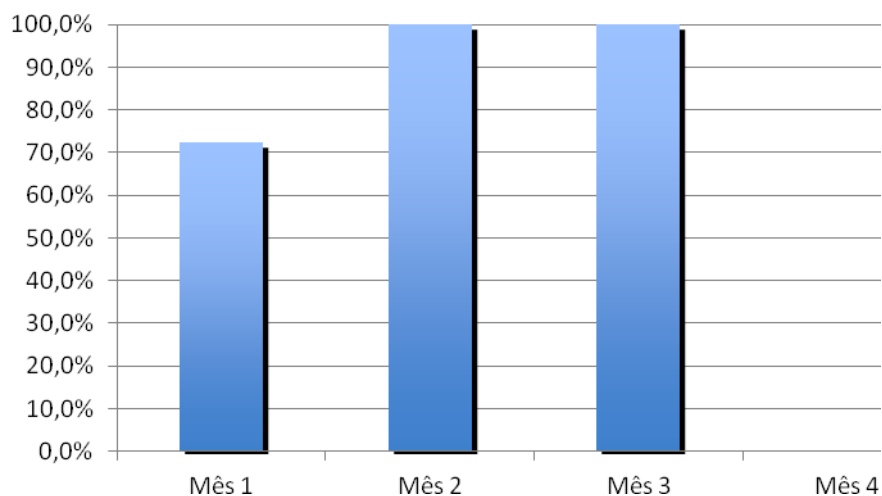


Figura 15: Gráfico referente a Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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

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

Neste indicador tampouco tivemos dificuldade e aumentamos muito do registro anterior que era de 104, no primeiro mês foram 108 (72,5%), no segundo mês foram 323 (100%) e terceiro mês foram 431 (100%). A ação que mais ajudou foi facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente, sempre com o apoio dos agentes de saúde, e deste jeito realizamos a avaliação com muitos idosos distantes da unidade.

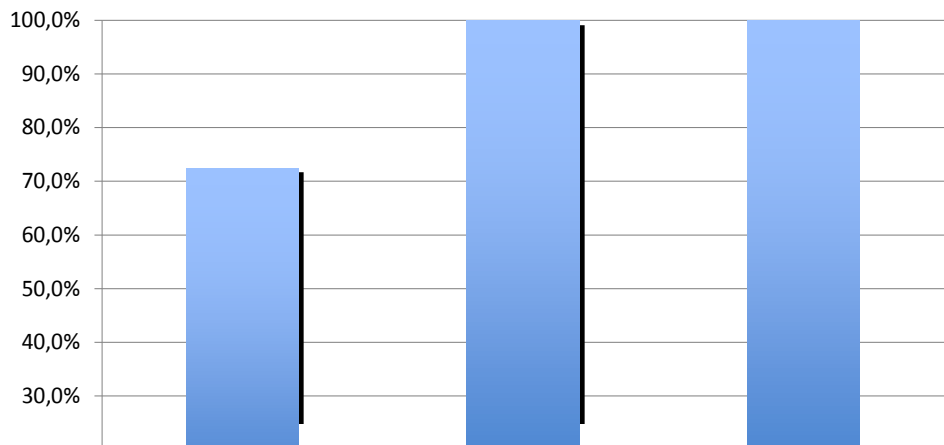


Figura 16: Gráfico referente a Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

Objetivo: 6 Promover a saúde dos idosos.

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

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

Nos indicadores de promoção não apresentamos nenhuma dificuldade, neste caso, melhoramos muito do registro inicial de 278 idosos, já no primeiro mês orientamos 108 usuários (72,5%), no segundo mês foram 323 (100%) e terceiro mês foram 431 (100%) A ação que mais ajudou foi orientar nas consultas e demais encontros, os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis porque assim tem mais efeito em a família em geral.

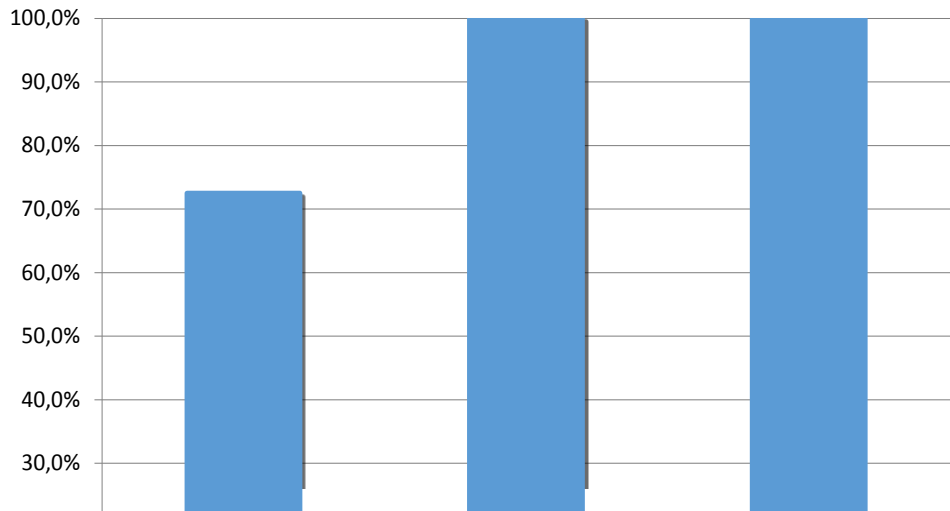


Figura 17: Gráfico referente a Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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.

Neste aspecto tampouco tivemos dificuldades cumprindo todo satisfatoriamente, e melhorando do registro anterior de 260 usuários, no primeiro mês foram orientados 108 (72,5%), no segundo mês foram 323 (100%) e terceiro mês foram 431 (100%) A ação mais importante neste sentido foi orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular já que de este jeito o idoso vai ter o apoio de toda a comunidade em mudança de vida.

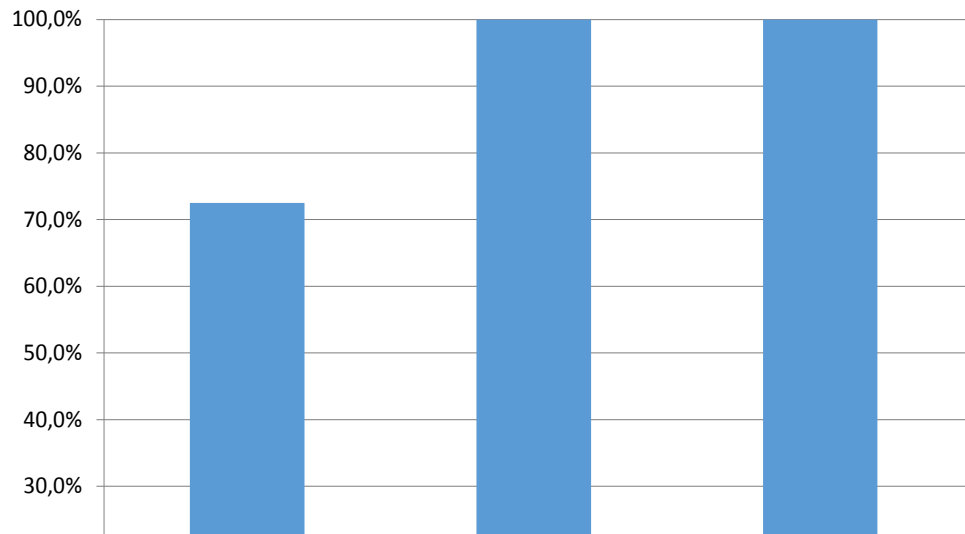


Figura 18: Gráfico referente a Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Fonte: Planilha de coleta de dados na UBS de Traíras, município Macaíba, estado Rio Grande do Norte 2015

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.

Este indicador também foi feito sem dificuldades e cumprido satisfatoriamente, melhorando o registro de início de 98 usuários. Nos 3 meses atingidos 100% dos idosos. A ação que mais ajudou foi orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias para que os idosos tenham o apoio do resto da família.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação para fragilização para velhices, avaliação de risco para morbimortalidade e para a classificação e atualização das informações deles em geral.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento do programa de atenção à pessoa idosa. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção e dos agentes comunitários de saúde em todas as ações realizadas na unidade de saúde tanto em consulta, como no acolhimento dos usuários, busca dos faltosos e orientações a toda a comunidade.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários idosos eram concentradas no médico. A intervenção fez com que revisássemos as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, além de melhorar também a qualidade das consultas. A classificação de risco dos usuários idosos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção foi percebido moderadamente pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, e embora alguns membros da comunidade ainda não ficam satisfeitos pela prioridade que é dada a eles a maioria depois de muito trabalho informativo durante a intervenção, já entende e apoia a mesma, e os que ficam insatisfeitos pelo desconhecimento do motivo desta priorização é explicada a eles. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos que não entraram à atenção em a unidade que eventualmente com a ajuda dos mesmos agentes de saúde serão incluídos e atendidos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe e fosse preparando eles para todas as tarefas que teriam que realizar. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto,percebo que a equipe está integrada,porém,como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar a maioria das dificuldades encontradas pois temos neste momento um bom funcionamento interno.

A intervenção e todas as tarefas realizadas serão incorporadas a rotina do serviço em todos os outros programas. Para isto, vamos ampliar o trabalho de

conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários idosos, em especial os de alto risco.

A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos que faltam na área e deixar este programa em dia já com toda a estrutura de acompanhamento e busca dos faltosos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar os outros programas na unidade iniciando pelo programa das crianças.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado secretário municipal de saúde,

Durante o período compreendido entre os meses de março a maio do ano de 2015 foi realizada a intervenção em saúde na unidade de saúde de Traíras, tomando como foco o programa de atenção ao usuário idoso, com o objetivo de melhorar em todos os sentidos a qualidade da atenção destes usuários na comunidade e com isto sua qualidade de vida.

Durante todo o processo tivemos o apoio da secretaria de saúde com a ajuda precisa e necessária para alcançarmos os objetivos e as metas traçadas, assim como para poder seguir do jeito correto nosso cronograma de trabalho. Durante todo o tempo da intervenção desenvolvemos na unidade ações para alcançar os objetivos, como o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde, o acolhimento dos idosos, o cadastro dos idosos da área de cobertura, atualização das informações do SIAB, realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos.

Desde o início a secretaria de saúde garantiu os recursos necessários para realizarmos esta ação, realizamos exame clínico apropriado em todos os idosos e também com o apoio da secretaria de saúde visitamos todos os idosos faltosos a consulta pois tivemos o transporte para esta atividade, realizamos o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia e indicados os que faltaram, também foram priorizados os medicamentos da farmácia popular em todos os tratamentos dos usuários atendidos na intervenção, realizamos a atualização do registro dos usuários acamados e foram realizadas as visitas a todos eles.

Realizamos pesquisa a todos os idosos para hipertensão arterial e para diabetes mellitus ,com o apoio da secretaria de saúde que proporcionou os materiais para estas ações ,realizamos a ação de monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos,e sua primeira consulta,também realizamos a monitoração do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos,e organizamos a agenda para as mesmas,monitorizando a qualidade dos registros dos idosos,foram dadas as caderneta de saúde da pessoa idosa à maioria dos idosos,com o apoio da secretaria de saúde por proporcionar as cadernetas que já as ultimas entraram faz varias semanas,realizamos avaliação de morbimortalidade e de fragilidade da velhice em todos eles,além de avaliar a rede social de todos eles. Em todas as consultas foram dadas orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física, e saúde dental, em todo este tempo foram dadas orientações à comunidade de todo o processo e da importância para a saúde da comunidade em geral.

Pelo antes descrito o apoio da secretaria de saúde foi fundamental para o cumprimento da intervenção e para os resultados, tais como: o aumento da cobertura da atenção aos usuários idosos para 431 (63,4% dos idosos da área da unidade),melhora de 100% de todos os indicadores de qualidade como a avaliação Multidimensional Rápida,exame clínico,solicitação de exames complementares periódicos em dia.Foram cadastrados e visitados 100% dos idosos acamados,além disso 100% dos idosos faltosos a consulta foram remarcados e a consulta feita a cada um deles.

Todos os ganhos da intervenção já estão implementados em nosso serviço possibilitando uma maior qualidade de atenção aos usuários idosos e a toda a comunidade em geral,acho que o apoio e a estreita relação entre nossa equipe de trabalho e a secretaria fez possível a intervenção. Para melhorar ainda mais seria preciso completar a área com outro agente para a zona que não tem e continuar ajudado o desenvolvimento da unidade de saúde.

Esta intervenção não foi significativa somente para a comunidade, também para os gestores municipais e a secretaria de saúde,porque diminuíram-se as reclamações dos usuários idosos por falta de consultas e de acompanhamento aos acamados,essa melhora na atenção impacta na diminuição dos recursos utilizados por ingressos de idosos nos centros hospitalares,assim como dos medicamentos utilizados para estas doenças,melhorou a opinião da comunidade da gestão atual

pelo aumento da qualidade das consultas,que vai melhorar ainda mais com a implementação das ações em os outros programas priorizados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade

Durante um período de 3 meses (de março a maio) do ano de 2015, vocês receberam uma intervenção para melhorar a atenção à saúde do idoso, culminando com êxito todas as ações planejadas e o cronograma de trabalho previamente feito pela equipe.

Todo o processo foi discutido com as pessoas da comunidade em cada passo, e nestes momentos contamos com o apoio de muitos usuários para realizar as ações que eram planejadas pela nossa equipe de trabalho na área da saúde e na educação em saúde da população.

Com esta intervenção ganhamos muito em quantidade e qualidade da atenção da pessoa idosa e do resto dos usuários porque nossa equipe de trabalho melhorou o conhecimento e agilidade para realizar o acolhimento, a triagem inicial, e as diferentes ações de saúde desenvolvidas pela unidade de saúde, os agentes comunitários de saúde melhoraram o conhecimento de suas áreas, atualizamos os registros das pessoas idosas da comunidade além da captação de novos usuários que não estavam registrados por ser novos na área, foram registrados novos usuários que precisavam de visita domiciliar e atualizamos o registro destes usuários.

A enfermeira a dentista e eu, o médico melhoramos nossos conhecimentos sobre o acolhimento dos usuários, sobre os programas priorizados do ministério da saúde, melhoramos a qualidade das consultas e agilizamos também, chegando a aumentar até a quantidade dos usuários atendidos por dia, melhorando nossa agenda de trabalho como uma única agenda todo sincronizado.

Os resultados alcançados em todo o processo foram muitos bons para a comunidade pois chegamos a atualizar as informações e amplia a cobertura de

atenção dos idosos ate 431 (63,4% dos idosos da nossa área),a todos eles realizamos avaliação multidimensional,exame clinico apropriado,a todos os usuários hipertensos e diabéticos foram solicitados exames ficando em dia,foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular a todos eles,100% dos usuários acamados foram cadastrados e suas informações atualizadas,e realizamos a visita domiciliar a todos eles,foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico para todos eles e a primeira consulta também.

Todos os idosos que faltaram a consulta realizamos busca ativa e eles foram remarcados e agendados novamente, foram entregues cadernetas da pessoa idosa a quase todos eles (408 de 431),100% de todos eles foram avaliados para o risco de morbimortalidade. A todos eles em consulta foram dada orientações de hábitos alimentares saudáveis, importância da pratica regular de exercício físico, e de higiene bucal.

Todo este processo vai ser incorporado no trabalho diário na unidade, assim como em outros programas de atenção, sempre contando com o apoio de vocês e estando abertos a qualquer sugestão para melhorar os atendimentos cada dia mais, e a qualidade das consultas e do trabalho pela equipe da unidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde minha inclusão no programa Mais Médicos para o Brasil, sempre tive grandes expectativas em relação ao curso de especialização pois é a oportunidade de adquirir conhecimentos concretos de seu sistema de saúde, não do jeito autodidata, mas com professores que guiarão o processo de aprendizagem, o que refere uma oportunidade única, pois em nossos países o sistema de saúde são diferentes em muitas coisas, tem diferenças no acolhimento dos usuários, na atenção primária, secundária e terciária, diferentes protocolos de trabalho e com o curso poderia aprender diretamente com o sistema brasileiro.

O desenvolvimento de meu trabalho no curso cumpriu com todas minhas expectativas, já que em toda a trajetória do curso desde o início aprendi um conjunto organizado de conhecimentos. Desde o aprendizado sobre a atenção primária, os casos clínicos interessantes com tratamentos incluídos, e como investigações de diferentes temas são muito importantes para o domínio do dia a dia em as unidades de saúde.

Para minha prática profissional o curso significou muito, já que melhorou minha percepção da situação de saúde do município e da localidade onde eu trabalho, ajudou com a análise de muitas doenças frequentes que chegam à unidade de saúde e com o trabalho diário da unidade, pois com as orientações diárias melhoramos o funcionamento da equipe de trabalho, em outros aspectos melhorou minha ortografia, meu domínio do idioma, em sínteses ajudou a me incluir no sistema e aumentar a qualidade das consultas e atenção à comunidade.

Um dos aprendizados mais importantes que adquiri no curso foi a realização da análise situacional da unidade de trabalho, pois este conhecimento é muito importante para a boa atenção da medicina familiar, já que deste conhecimento parte todas as ações de saúde que o médico vai fazer para promover saúde e prevenir doenças nas comunidades, além de ajudar com o agendamento planejado para a atenção dos usuários. Achei também muito importante a parte da análise estratégica, que foi fundamental para realizar uma intervenção em saúde de qualquer tema, e assim também a intervenção pois foi de um jeito muito instrutivo e ajuda para no futuro realizar um trabalho assim não só no Brasil, mas em qualquer parte do mundo, o conhecimento destes aspectos vai ser de muita utilidade também no futuro como médico.

Em outra esfera de aprendizagem os casos clínicos foram muito relevantes pois tinham uma estrutura e um desenvolvimento ideal para poder aprender bem tanto quadro clínico, exames complementares, tratamentos, outro aspecto muito importante foram as práticas clínicas pois com sua elaboração ajudou a aprofundar em diferentes doenças ou aspectos clínicos importantes tanto em medicina como nos diferentes programas prioritizados.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

N6

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

Especialização em Saúde da Família - EaD



Esta é a **PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA A SAÚDE DO IDOSO**, desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância.

Preparamos esta ferramenta para ajudar você a monitorar os resultados da sua **INTERVENÇÃO**, com base em seu projeto.

Em todas as planilhas você só precisa colocar seus dados nas células em **VERDE**. Todos os indicadores e os gráficos serão gerados automaticamente.

Leia atentamente a aba "**Orientações**" e as observações na aba "Dados da UBS".

Autores: Anaclaudia Gastal Fassa | Luiz Augusto Facchini | Maria Elizabeth Gastal Fassa | Maria Aurora Chrestani Cesar | Suele Manjourany Silva Duro | Elaine Tomasi |

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Início | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Colar | Calibri 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Mesclar e Centralizar | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1													
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

