

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS IDOSOS NA UBS/ESF ENEDINO
MONTEIRO, COARI/AM**

ISMAEL RIZO MARTÍNEZ

Pelotas, 2016

ISMAEL RIZO MARTÍNEZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS IDOSOS NA UBS/ESF ENEDINO
MONTEIRO, COARI/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

M385m Martinez, Ismael Rizo

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS/ESF Enedino Monteiro,
Coari/AM / Ismael Rizo Martinez; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a).
- Pelotas: UFPel, 2016.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha querida esposa Barbara que sempre está de meu lado apoiando em todas as atividades da vida diária. As minhas filhas Arletis e Aniuska que sempre estão presente em minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho em especial a minha equipe de saúde da UBS que sem seu apoio não fora possível realizar este trabalho.

A todos meus pacientes idosos que participaram da intervenção de maneira entusiasmada em cada semana da intervenção. A comunidade de forma geral que apoiaram nas atividades feitas durante nosso trabalho.

A minha orientadora Cristina. Obrigado!

A meu gestor municipal do programa mais médicos doutor Ricardo Farias.

Ao todo povo brasileiro!

Lista de Figuras

Figura 1	Atendimento domiciliar a usuário idoso com DM.	64
Figura 2	Realização de atividade de promoção da saúde com os idosos.	64
Figura 3	Atendimento odontológico aos idosos.	64
Figura 4	Equipe de saúde na UBS Enedino Monteiro.	65
Figura 5	Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Enedino Monteiro. Coari/AM, 2016.	69
Figura 6	Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de Próteses dentaria na UBS Enedino Monteiro. Coari/AM,2016.	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APF	Antecedentes Patológicos Familiares
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CCI	Centro de Convivência de Idosos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabete Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LOA	Lesões em Órgãos-Alvo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	33
2 Análise Estratégica.....	35
2.1 Justificativa.....	35
2.2 Objetivos e metas.....	37
2.3 Metodologia.....	39
2.3.1 Detalhamento das ações.....	39
2.3.2 Indicadores.....	51
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma.....	60
3 Relatório da Intervenção	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	66
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção	68
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão.....	81
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	85
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	87
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
6 Referências	89
Apêndices.....	90
Anexos	91

Resumo

MARTÍNEZ, Ismael Rizo. **Melhoria da atenção aos idosos na UBS/ESF Enedino Monteiro, Coari/AM.** 2016. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A população idosa é a parcela populacional que mais cresce atualmente no Brasil e no mundo. No país, os idosos representam 8,6% da população total, neste intuito, é importante garantir a atenção integral à saúde desta população tendo em vista o grande número de pessoas nesta faixa etária. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção aos idosos na UBS/ESF Enedino Monteiro, Coari/AM. Esta foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados 180 (74,7%) idosos da área de abrangência da unidade de saúde, sendo que todos os 180 (100%), tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, foram rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus as com diabetes tiveram exame apropriado dos pés, todos os cadastrados também tiveram solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram também cadastrados e receberam visita domiciliar. Os cadastrados receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, primeira consulta odontológica programática, tiveram avaliação de alterações de mucosa bucal, avaliação de necessidade de prótese dentária, os faltosos faltosas às consultas receberam busca ativa, registro na ficha de acompanhamento/espelho, Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice, avaliação de rede social e receberam orientação nutricional, sobre prática regular de atividade física e higiene bucal. Sendo assim, tivemos bons resultados mesmo em um curto período de intervenção, aumentando o vínculo da comunidade com a nossa equipe, ainda vamos ampliar ainda mais a cobertura e qualidade do serviço. Igualmente, esperamos que a gestão valorize e fortaleça esse trabalho, dando condições para sua continuidade.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Enedino Monteiro, localizada no município de Coari/AM.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários idosos da área de abrangência de nossa UBS. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Enedino Monteiro. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade básica de saúde (UBS) Enedino Monteiro, inaugurada em fevereiro de 2003, está situada no Bairro Pera no município de Coari, tendo como área de abrangência aproximadamente nove ruas do bairro. A unidade presta serviços de saúde com uma demanda de 1200 famílias, aproximadamente cerca de 4500 pessoas assistidas pela atenção básica, o que está dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Está vinculada na prefeitura do município Coari. Esta UBS urbana foi conformada como uma unidade mista, pois possui um Pronto Atendimento de Atenção Básica e Urgências e serviço de saúde da família (SF), com equipe de estratégia de saúde da família (ESF).

Este tipo de sistema não deu certo, pois não existem condições estruturais para o funcionamento destes dois serviços, sendo assim, atualmente esta unidade funciona praticamente como uma USF.

A UBS tem funcionamento diurno de segunda à sexta-feira, sendo que o horário de atendimento é realizado das 07:00 às 12:00 horas pela manhã, e das 14:00 às 18:00 horas pela tarde, no entanto o horário de 12:30 às 14:00 horas funciona apenas para a recepção e acolhimento dos pacientes e distribuição de ficha para atendimento médico, enfermagem e odontológico que vão ser realizado na tarde.

Possuímos duas equipes de saúde com dois consultórios médicos. Minha equipe de saúde presta assistência médica a micro área 027 com uma população total na área de abrangências de 2.414 pessoas com 1.200 famílias que também foram cadastradas e atualizadas em 2015, sendo assim estamos com 100% da população cadastrada. Temos outra equipe de saúde, que é da micro área 08 que

tem uma população de 2.086 pessoas, sendo que o cadastro também foi atualizado em 2015.

O número de trabalhadores de saúde que compõem minha equipe são, um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, além dos componentes da equipe mínima de saúde da família, contamos também com outros profissionais que são dois vigilantes, três recepcionistas, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares de serviços gerais/limpeza.

Nossa UBS também recebe apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que possui assistente social, dois fisioterapeutas, um médico ginecologista, um médico pediatra, um médico psiquiatra, um nutricionista e um psicólogo. As áreas estratégicas do NASF que apoiam a UBS são alimentação e nutrição, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, saúde da criança, adolescente e do jovem, saúde da mulher, saúde mental.

Em quanto à estrutura física da UBS, não existe sinalização visual em todos dos ambientes que permita a comunicação através de textos e figuras, as informações ficam expostas em murais a fim de orientar a população. Pois, é importante que os usuários conheçam a estrutura e como esta conformada a unidade, e quais os serviços de saúde que eles tem direito, quais são seu direitos como cidadão e da atenção com qualidade.

Existe um ambiente específico para recepção arquivo de prontuários, nesta sala temos espaço para arquivamento de 6.000 prontuários individuais, sendo que eles são arquivados por família, têm janelas e iluminação natural, as paredes internas laváveis e lisas, os pisos também são todos laváveis de superfície lisas, regular, firme, estável, sendo que não possuímos telas mosquiteiras. A sala de espera acolhe cerca de 15 pessoas, e também uma sala de recepção com a mesma capacidade, também possuímos uma sala para Agente Comunitário de Saúde (ACS), e uma para a farmácia.

Existem dois consultórios médicos, sem sanitário dentro, uma sala de curativo e procedimentos e no mesmo lugar temos o equipamento para nebulização, uma sala de vacina, um consultório odontológico equipado e uma copa/cozinha. A unidade possui um sanitário para os usuários e outro para os funcionários, sendo que os lavatórios e/ou pias possuem torneiras com fechamento que dispensa o uso

das mãos. A UBS tem cobertura de proteção, em teto, são revestidas de material lavável, os puxadores das portas são do tipo maçaneta de alavanca, as janelas são de que tipo de material de alumínio.

Não temos sala de esterilização e quanto aos resíduos sólidos e líquidos estes são recolhidos separadamente diariamente por um encarregado da prefeitura.

Em quanto a barreiras arquitetônicas da unidade de saúde não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências. Não existem tapetes na sala de espera, consultório, existe degrau que dificulta o ingresso de deficientes, não existem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas portadoras de deficiência, as calçadas da UBS não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, não existem corrimãos as escadas, rampas ou corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida.

Os usuários têm conhecimentos das necessidades e limitações que apresentam nossa UBS e de seus problemas estruturais, que dificultam uma atenção integral e de qualidade. Mas, para modificar as condições estruturais já solicitamos aos gestores os recursos para mudar essas condições e fazer com que eles sejam mais conscientes das situações que afetam os usuários para dar uma atenção de qualidade a eles. Dentre as ações que considero importante está a acessibilidade e segurança.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Coari, pertence ao estado Amazonas, e tem uma população total de 83.078 habitantes, com um crescimento populacional importante nos últimos anos. A cidade vive basicamente de agricultura e pesca como fonte fundamental de emprego, com forte tradição cultural e religiosa. Existe atualmente uma administração onde há algum investimento público nas comunidades, escolas, unidades de saúde, aeroporto, saneamento ambiental, asfalto e iluminação. Existem várias iniciativas de trabalho no setor da saúde como reinauguração de UBS, descentralizações da UBS, aberturas de nova UBS em zona ribeirinha e rural, barco hospital e criação Conselho Municipal de Saúde. Funcionam 23 ESF (01 zona rural) e 12 UBS modelo tradicional.

O município possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família na Policlínica Doutor Roque do município com os seguintes profissionais 06 fisioterapeutas, 02

nutricionista, 02 pediatras, 02 ginecologistas. Não temos disponibilidade de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Há disponibilidade de serviço hospitalar no Hospital Doutor Odail onde se atendem as especialidades básicas como medicina interna, pediatria e ginecologia, cirurgia, radiologia e contamos com leito para observação e internação hospitalar dos pacientes que precisem, também existe atenção de emergência, 24 horas, pelo médico de plantão no pronto socorro, que fica em anexo ao hospital.

Temos disponibilidade de exames complementares em laboratórios da rede pública e privada que são insuficientes para cobrir a demanda dos usuários, muitas vezes por falta de reativos ou equipamentos quebrados o que ocasiona o acúmulo de pessoas a espera por exames nos laboratórios, e que muitas vezes tem que viajar até a capital para poder realizar seus exames com uma distância até a capital de 363 quilômetros

A UBS Enedino Monteiro está localizada na zona urbana do município, possui vínculo com o SUS, sendo que o modelo de atenção é a ESF. Possui vínculo com instituições de ensino superior com o curso de fisioterapia. Possuímos duas equipes de saúde da família sendo que a da área 08 é atendida por um médico, que tem uma população de 2.086 usuários, estando 100% da população cadastrada.

A equipe na qual estou inserido presta assistência médica a área 027 com uma população de 2.414 usuários que também está com toda a população cadastrada (1.200 famílias) na área de abrangência.

Os integrantes que compõem minha equipe são um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Além dos componentes da equipe mínima, contamos dois vigilantes, três recepcionistas, dois auxiliares de farmácia e dois auxiliares de serviços gerais/limpeza. A unidade também recebe o apoio do NASF que possui um assistente social, dois fisioterapeutas, um médico ginecologista, um médico pediatra, um médico psiquiatra, um nutricionista e um psicólogo.

Quanto ao funcionamento da unidade o turno é diurno de segunda a sexta-feira, sendo que o horário de atendimento é realizado das 07:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 18:00 horas, no entanto o horário de 12:30 às 14:00 horas funciona apenas para a recepção e acolhimento dos pacientes e distribuição de fichas para

atendimento médico, enfermagem e odontológico que vão ser realizado no período da tarde.

Quanto à estrutura física da UBS contamos com dois consultórios médicos, sem sanitário, que são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, eles possuem uma mesa de escritório com cadeiras para o usuário e acompanhante e mesa de exame clínico. Tem uma sala de curativo e procedimentos, a que é utilizada para nebulização e atendimento das emergências, uma sala de vacina, um consultório odontológico equipado, um sanitário para os usuários e outro para os trabalhadores com lavatórios e/ou pias com torneiras e fechamento que dispensam o uso das mãos, copa/cozinha e não temos sala de esterilização. Quanto aos resíduos sólidos líquidos são recolhidos separadamente e diariamente pela prefeitura. Já a cobertura de proteção existe teto, revestido de material lavável bem como as paredes internas e pisos; os puxadores das portas são do tipo alavanca, as janelas são de alumínio que possibilitam a circulação de ar e iluminação natural. Existe um ambiente específico para recepção e arquivo de prontuários (cerca de 6.000) estes prontuários são arquivados por família, temos uma sala de espera que acolhe cerca de 15 pessoas, existe ainda sala para os ACS e uma sala para farmácia.

Em relação às barreiras arquitetônicas, a unidade de saúde não é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, pois para chegar ao consultório médico existe degrau, sendo que não existem rampas alternativas, as calçadas da UBS não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, não existem corrimãos nas escadas, rampas ou corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida, as portas dos banheiros são estreitas, não existe sinalização visual em todos dos ambientes que permita a comunicação através de textos e figuras, sendo que as informações ficam expostas em murais da UBS.

Para modificar as condições estruturais da UBS não contamos com recursos financeiros, mas temos a vontade de ajudar nossa comunidade, assim vamos solicitar aos gestores que manejam os recursos financeiros ações para promover a acessibilidade e proporcionar condições de mobilidade com autonomia e segurança, eliminando, as barreiras arquitetônicas e neste sentido, devemos identificar em nossa UBS as adaptações necessárias no ambiente.

Em relação aos equipamentos, instrumentais, materiais de consumo, de insumo e vacinas disponíveis na UBS, possuímos autoclave para esterilização de todo o material tanto de curativo como de odontologia, kit para sutura e material para sutura como cabo para bisturi, estetoscópio e foco de luz em cada consulta, geladeira exclusiva para vacina, seringas para aplicação de vacinas, não existe sala para a nebulização a qual é feita na sala de curativo. Para as consultas tenho um negatoscópio, otoscópio, tensiômetro. Na sala de curativos contamos com tesoura curva, agulhas descartáveis, álcool, algodão, termômetro, anestésico local com vasoconstritor, esparadrapo, fio de sutura em geral, gaze, luvas estéreis, não temos material para fazer pequenas cirurgias, mas contamos com material para retirada de pontos e seringas para aplicação de injeções em geral.

Possuímos bloco de receituário para medicamentos controlados, especializados, requisição para exames complementares, caderneta do adolescente, fichas de cadastramento domiciliar, formulários do bolsa família, mas não temos guia de referência e contra referência para serviços, assim as referências são feitas em folha improvisada e a contra-referência nunca são recebidas.

Na UBS aplicamos as vacinas orientadas pelo Ministério da Saúde e não temos dificuldades na aquisição das mesmas, entre estas temos as vacina de febre amarela, dupla adulta, influenza sazonal, contra o HPV, entre outras.

Não temos disponibilidade dos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática em condições satisfatórias de uso na UBS, como conexão com internet, telefone próprio, caixa de som, câmera fotográfica, câmera filmadora e isto dificulta realizar atividades de informação aos usuários como promoção, prevenção em saúde.

Para a realização das atividades dos ACS eles contam com uma balança para crianças, mas não tem filtro solar, não tem material suficiente de expediente (lápiz, borracha), tem uniforme. Não são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS na área de abrangência dificultando seu trabalho e a rapidez quanto se quer para o atendimento maior da população de sua área.

Possuímos um sistema de manutenção e reposição equipamentos, e sistema de reposição de material de consumo, instrumentos e de reposição de mobiliário, e a calibragem das balanças ocorre cada 6 meses.

Existem os seguintes protocolos disponíveis na UBS, avaliação/classificação de risco biológico cuidados/procedimentos de enfermagem, doenças prevalentes na

infância, doenças respiratórias crônicas, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, HIV/AIDS, hepatites e outras DST, prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, saúde bucal, saúde mental, saúde na escola, saúde reprodutiva, saúde sexual, vigilância em saúde da dengue, vigilância em saúde da esquistossomose, vigilância em saúde da hanseníase, vigilância em saúde da malária, vigilância em saúde da tuberculose, vigilância em saúde do tracoma, violência sexual e doméstica, zoonoses, acidentes por animais peçonhentos, doença de chagas e febre amarela.

A fim de melhorar as dificuldades e limitações na unidade, vamos fazer com que os gestores sejam mais conscientes com as situações que afetam os usuários, que conheçam as falta de equipamentos, instrumental, materiais de consumo, de insumo e que se tomem medidas organizativas e a necessidade que se implemente nas UBS a realização de exames complementares e de diagnóstico, necessários para nossa equipe de saúde possa fazer um bom trabalho e acompanhamento dos programas prioritários com atenção com qualidade.

Também tentamos ter uma boa relação com os outros setores da saúde, com os gestores que são participativos, a comunidade e as famílias, sendo que estamos constantemente fazendo mudanças para melhorar a atenção aos usuários.

Em nosso cronograma possuímos escala de atendimentos aos grupos específicos como hipertensos e diabéticos, crescimento e desenvolvimento, atenção pré-natal, atenção ao homem, atenção a mulher, atenção ao idoso, além disso, fizemos visitas domiciliares em conjunto com agentes comunitário de saúde e atendimento a demanda livre de pessoas que chegam espontaneamente procurando atenção médica na UBS.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe realizando identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, fazemos sinalização dos equipamentos sociais (comércio local, igrejas, escolas), não temos feito a sinalização das redes sociais como grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores e conselho local. Nós realizamos os cuidados em saúde à população da área de abrangência no domicílio, nas escolas, na associação de bairro. Fazemos atendimento de emergências e urgências, estabilizamos o paciente hemodinamicamente e depois encaminhamos para hospital porque na UBS

não contamos com todos os recursos médicos, medicamentosos e aparelhos necessários para manter uma pessoa em estado grave.

Realizamos busca ativa de faltosos, levantamento dos usuários e moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Entre as atividades e procedimentos que realizamos no domicílio são curativo, orientações de educação em saúde e cuidados de saúde, acompanhamento de problema de saúde (revisão), verificar a pressão arterial, consulta médica, consulta de enfermagem, entregamos medicamentos, aplicamos medicação oral, injetável, vacina, coleta de exames, troca de bolsa de pessoa atomizada e revisão puerperal, também quando necessário indicamos a realização de fisioterapia que é feita pela profissional que atua no NASF.

Também encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência usando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como atendimento nas especialidades, internação hospitalar fazendo acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário quando encaminhado a outros níveis do sistema de saúde, e acompanhamento ao usuário em situações de internação hospitalar ou domiciliar, sendo que o médico ou enfermeira realizam a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis.

Quanto a realização de grupos de educação em saúde na comunidade, realizamos o Club de Adolescentes, Grupo de hipertensos e diabéticos, Grupo de aleitamento materno, Combate ao tabagismo, Grupos de Idosos, Atenção ao Planejamento Familiar, Atenção ao Pré-natal, Saúde da mulher, Saúde bucal, Puericultura. Também promovemos ações em que a comunidade participe no controle social, e identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações inter setoriais com a equipe de saúde.

Nós participamos de atividades multiprofissionais de qualificação profissional para a gestão em saúde, entre estas atividades se faz atualização técnica, transformação das práticas para o fortalecimento do controle social, além disso, participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Fazemos todas as sextas feiras à tarde reuniões de equipe onde se planeja a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, e se trazem novas estratégias de trabalhos e se tomam ações frente às dificuldades que apresentamos.

Fazemos um bom acolhimento dos usuários por parte de toda a equipe, apesar de que a UBS não contar com sala de acolhimento e é feita na recepção onde o usuário é acolhido, escutado e orientado para ter sua necessidade resolvida, sendo realizado todos os dias em ambos os turnos de atendimento.

Há excesso de demanda espontânea e em casos onde a necessidade de atendimento não é imediato orientamos o usuário para retornar outro dia.

Na área temos 43 crianças menores de 1 ano, 87 menores de 5 anos, e 397 crianças 5 a 14 anos. De 15 a 59 anos temos um total de 1841 usuários.

Em relação à atenção da saúde das crianças temos um total de 43 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS sendo 84% da estimativa dada pelo Caderno de ações programáticas (CAP), destas, 100% estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 100% estão com teste do pezinho até sete dias feito, 100% com consulta nos primeiros sete dias de vida, 100%, com triagem auditiva, 100%, com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, 100% com vacinas em dia e avaliação da saúde bucal e 100% com orientação de aleitamento materno e prevenção de acidentes.

Sobre organização do atendimento à demanda das ações programáticas a saúde da criança em minha UBS realizamos atendimento de puericultura para os grupos etários desde recém nascidas que sua primeira consulta ocorre na primeira semana de vida, procuramos na anamnese as condições de nascimento da criança, tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, APF (antecedente patológicos familiares) da mãe e pai e dos irmãos, o número de gestações anteriores, entre outras. Depois fazemos um exame físico completo que incluem peso, comprimento e perímetro cefálico, desenvolvimento social e psicoafetivo, estado geral. Fazemos orientação e avaliações da criança em situações de riscos e vulnerabilidades sobre os perigos em crianças menores de dois meses, fortalecimento de aleitamento materno exclusivo e o vínculo entre os pais e o bebê. Realizamos orientação dos cuidados de recém-nascido, prevenção de acidentes, realização de teste de pezinho, orientação para o calendário de vacinas e combinação do calendário de consultas.

O atendimento a crianças de 0 a 72 meses é programado para dois dias da semana, este acontece no turno da manhã na terça para o médico e quinta de manhã para o enfermeiro, não existindo crianças fora da área de cobertura. Após a

consulta de puericultura as crianças saem da UBS com a próxima consulta programada e agendada, além das consultas programadas existe o atendimento diário para aquelas que possuem problemas de saúde agudos. A frequência de consultas por faixas etárias são feitas de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 7 consultas de rotina no primeiro ano de vida (primeira semana, ao 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses), duas consultas no 2º ano de vida (no 18 e no 24 meses) e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais, próxima ao mês de aniversário.

Temos na UBS o protocolo de atendimento de atenção às crianças produzido pelo Ministério da Saúde (2013), que é utilizado pelo médico, enfermeiro, entre as ações são desenvolvidas em na UBS no cuidado das crianças estão o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, teste do Pezinho. Temos métodos de classificação para identificar crianças de alto risco.

Também utilizamos protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, encaminhamento para internação hospitalar, seu atendimento é registrado no prontuário clínico, formulário especial das crianças, ficha de atendimento odontológico e ficha de atendimento nutricional.

Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos às crianças que costuma ser revisado periodicamente, com a finalidade de verificar as crianças faltosas, se os registros estão completo, identificar as crianças de riscos , identificar procedimentos em atraso de peso ou vacinas, avaliar a qualidade do programa que é feita por médico e enfermeiro e no atendimento sempre solicitamos a caderneta das crianças de crescimento e desenvolvimento e são preenchidos com as informações atuais das crianças, sempre fazemos conversas com as mães das crianças sobre alimentação saudável disponíveis na caderneta, também explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de crescimento, explicamos como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento , explicamos a data da próxima vacina, chamamos atenção para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor e que realizem avaliação

saúde bucal, falamos sobre as práticas de promoção do aleitamento materno até os seis meses de vida.

Em minha UBS existe o programa Bolsa Família e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Criança, do Ministério da Saúde, e os responsáveis pelo cadastramento e envio no programa é a enfermeira, técnico de enfermagem e ACS. Fazemos atividades com grupos de mães das crianças da puericultura, e elas são feitas no âmbito da UBS sendo realizados em média duas vezes por mês, participando um 80% das mães destas atividades, além disto, nos dedicamos ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura onde fazemos reuniões quinzenais para avaliação e monitoramento do programa e as fontes de dados que são utilizadas são os registros específicos da puericultura, prontuários.

Em relação à atenção ao Pré-natal e Puerpério temos 18 gestantes cadastradas, 75% da estimativa do caderno de ações programáticas e podemos dizer que os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal e puerpério estão avaliados em 100%, sendo que todas estão com solicitação de exames laboratoriais preconizados, tem as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, com vacina antitetânica e hepatite B conforme a protocolo, foi orientado prescrição de sulfato ferroso e exame ginecológico por trimestre, porém 89% começaram o pré-natal no primeiro trimestre e 83% realizaram avaliação de saúde bucal. Os dias programados de atendimento são as quartas feiras na manhã.

Nos últimos 12 meses realizamos atendimento de 32 puérperas (63% da estimativa) que foram consultadas antes os 42 dias de pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno, sobre o planejamento familiar, se realizaram exames clínicos das mamas, abdome e ginecológicos e o estado psíquico foi avaliado em todas elas.

A partir que a gestante é captada na UBS se faz uma avaliação e se classifica segundo risco depois damos atenção com número adequado de consultas (superior a 6) e de que as consultas serão mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas são semanais no termo, quando o parto não ocorre até a 41 semanas encaminhamos a gestante para avaliação do bem estar fetal, incluindo avaliação do índice de líquido amniótico e monitoramento cardiofetal.

Sobre a organização do atendimento à demanda das ações programáticas do pré-natal em minha UBS realizamos atendimento pré-natal dois dias da semana no turno da manhã na quarta para o médico e na quinta à tarde com o enfermeiro,

não existindo gestantes fora da área de cobertura, após a consulta a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada e agendada. Além das consultas programadas de pré-natal, existem demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos e são as de área de cobertura as que demandam este atendimento, a equipe lida com a situação do excesso desta demanda atendendo mesmo tendo excedido a sua capacidade.

Temos protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde publicado ano 2013, utilizado pelo médico, enfermeiro, entre as ações são desenvolvidas na UBS no cuidado às gestantes estão diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental. Também utilizamos protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, encaminhamento para internação hospitalar.

Os registros são realizados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, temos arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes que costuma ser revisado periodicamente com a finalidade de verificar gestantes faltosas, verificar se os registros estão completos, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco, avaliar a qualidade do programa que é feito pelo médico e enfermeiro e no atendimento sempre solicitamos a carteira da gestante que e são preenchidas com as informações atuais da gestante, sempre fazemos conversas sobre dicas de alimentação saudável, também explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira do pré-natal, explicamos a data da próxima vacina e que realizem avaliação saúde bucal, falamos sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, cuidados de recém-nascido e a realização de atividades físicas, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, no pós-parto, também recomendamos realizem revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e entre 30 e 42 dias de pós-parto.

Como problema na atenção ao pré-natal temos a alta incidência de gravidez na adolescência e gravidez não planejada, o que está determinado por vários fatores como ausência de um bom planejamento familiar, pois as usuárias só vão a UBS

procurar métodos anticoncepcionais tanto injetáveis, como comprimidos e camisinha como método de prevenção e em muitas vezes não retornam e não temos um bom controle do risco pré-concepcional, falta de usos de preservativos, falta educação sexual na escola como em casa, também a situação socioeconômica e o meio social onde se desenvolvem estas adolescentes, as quais são de família de baixa renda e baixa escolaridade. Assim, estamos fazendo um trabalho em conjunto com as famílias, escolas e gestores municipais para tentar diminuir o número de grávidas na adolescência, temos muito pela frente, mas temos a vontade de melhorar este indicador através de palestras, conversas sobre o uso do métodos anticoncepcionais e a assistência a consulta de planejamento familiar e seu retorno, fazer atividades de grupo na UBS, com a criação do Clube do adolescente são trocadas informações sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência.

Participamos do Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e os responsáveis pelo cadastramento e envio dos dados são a enfermeira e o técnico de enfermagem, fazemos atividades com grupos de gestantes e elas são feitas no âmbito da UBS, com cerca de 70% de adesão. A fonte utilizada para preencher as informações do CAP foi o prontuário médico, prontuário odontológico, formulário especial do Pré-natal, registros de vacinas.

Sobre os materiais para as ações programáticas em saúde, para uso no pré-natal e puerpério há disponibilidade de antropômetro, balança de adultos, de espelhos vaginais, estetoscópio de Pinard, foco de luz, mesa ginecológica sonar, tensiômetro, gel para transdutor (Sonar), luvas para procedimentos, vaselina, cartão da gestante, formulário de cadastramento, ficha de acompanhamento pré-natal, material para atividades educativas, material bibliográfico, fármacos, vacinas.

Em relação ao programa do câncer de colo de útero em nossa UBS temos um número total de 225 mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos residentes na área, representando 44% da estimativa do CAP que é de 510 mulheres. Temos 05 (2,22%) delas com exame citopatológico alterado, com resultado de positivos para neoplasia intra epitelial, 02 (0,88%) com lesão intra epitelial grau II-III de colo de útero e 03 (1,33%) com neoplasia intra epitelial grau III, que realizam acompanhamento e seguimentos por nossa área de saúde e avaliada pelo ginecologista.

Em nossa área de saúde 225 mulheres tem exame citopatológico em dia, não tem atrasos na realização de exame com mais de 6 meses, todas estão

avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, recebem orientação de prevenção de câncer de colo de útero e de DSTs, e todas as amostras tomadas satisfatórias. É importante a prevenção de câncer do colo de útero na atenção primária de saúde, utilizando método de rastreamento e de suas lesões precursoras e o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual, conforme recomenda o protocolo do MS.

A infecção pelo HPV é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino. A presença de alguns tipos de HPV realmente é encontrada em cerca de 95% dos casos desse câncer. O início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada, tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), imunossupressão e baixa condição socioeconômica também são considerados como fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de colo de útero. Nós temos que incentivar as mulheres a adotarem hábitos saudáveis de vida, ou seja, estimular à exposição aos fatores de proteção como alimentação saudável que pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%; atividade física regular; evitar o uso de bebidas alcoólicas, assim como o cigarro; realizar exames preventivos conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde; uso de preservativos; higiene íntima adequada.

Abordamos as ações de prevenção primária para o controle do câncer de colo uterino: orientação de uso de preservativo na relação sexual para diminuir chance de adquirir papiloma vírus humano - HPV). Além a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico a todas mulheres que iniciam a vida sexual, anualmente, devido ao aumento de câncer de colo útero em nosso município, esta coleta geralmente é realizada pela enfermeira mas temos dias que o médico acompanha a enfermeira e também participa da coleta, realizando avaliação do colo de útero e fazendo tratamento para vaginoses ou outras doenças (cervicites, pólipos, prolapso uterino e cistocele), indicando avaliação com ginecologista.

As ações que utilizamos na UBS para o seguimento das mulheres com exame citopatológico alterado, são imediatamente notificar e realizar a visita dos Agentes Comunitário de Saúde, médico e enfermeira, explicamos a usuária a alteração de resultados e conduta médica que deve continuar de acordo com resultados do exame de Papanicolau, o qual demora a chegar na UBS.

Posteriormente iniciamos a primeira avaliação, se o resultado é de grau menor (com células escamosa de significado indeterminado, provavelmente não neoplasia) se realiza da citologia em seis meses, quando não se pode afastar de lesão de alto grau com suspeita maior é feito encaminhamento para colposcopia. O trabalho poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero na UBS, buscando as usuárias faltosas que tenham atrasada a citologia.

Trabalhamos com os principais fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas atividades de promoção e prevenção de saúde, na UBS, na escola, na rádio, aproveitando todos os cenários.

Para uso no programa de detecção precoce de câncer de colo de útero há disponibilidade de equipamentos, instrumentos, materiais de consumo e de insumos como Escova endocervical, espátula de ayre, espéculos vaginais, foco de luz lâminas de vidro, luvas para procedimentos, mesa ginecológica, pinça Sheron, solução Fixadora para exame citopatológico, solução de Schiller (Lugol). Para processar a amostra de citologia e fazer o laudo de exame citológico leva-se a Manaus e o resultado demora, e a paciente fica sem receber um tratamento oportuno.

Em relação ao programa de câncer de mama temos 118 mulheres estimadas pelo CAP entre 50 e 69 anos e 42 (36%) estão sendo acompanhadas na UBS. Temos 18 mulheres com mamografia em dia (43%) e 24 mulheres com mamografias com mais de 3 meses em atraso, e as 42 (100%) estão avaliadas quanto ao risco para prevenção de câncer de mama e recebem orientação sobre prevenção.

Não temos casos diagnosticados de câncer de mama, mas temos muitas dificuldades no programa de câncer de mama, pois que apesar de ter todas as usuárias identificados por faixa etária e grupo de idade, avaliadas através de exame clínico das mamas e a orientação da prevenção de câncer de mama, contamos no município com mamógrafo que não satisfaz todas as necessidades de atendimento para realização de mamografia a todas as mulheres de risco do município Coari. Este mamógrafo está no hospital regional de Coari para toda a população do município e é insuficiente para a demanda diária de quem procura este atendimento, problema este que dificulta o diagnóstico precoce e rastreamento das mulheres de riscos de câncer de mama.

Para a prevenção de o câncer de mama para o controle, temos que ter em conta os fatores de risco como a idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição a radiações, terapia de reposição hormonal, obesidade, consumo de álcool, sedentarismo, história familiar anterior de pessoas com câncer de mama. Por isso é importante a prevenção em atenção primária e a detecção precoce de lesões em estágios iniciais, promover a realização de autoexame de mama e o rastreamento desta doença se faz através de exame de mamografia.

Em relação ao processo de trabalho para ampliar a cobertura do programa para melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama tomamos ações encaminhada a prevenção ou modificação dos fatores de risco através de palestra, conversas, exame de mamas simulados ensinando as usuárias como se faz o exame clínico das mamas e identificação de qualquer anormalidade neste órgão, também tentamos passar estas informações na rádio e imprensa local. Para fazer um bom sistema de informação para ter um bom controle e acompanhamento destas pessoas utilizamos os registros dos prontuários e livro de registro de câncer de colo de útero e câncer de mama.

Em relação ao programa de HAS em nossa UBS temos um número total 74 (17%) pessoas com hipertensão cadastrados, sendo que a estimativa é de 428. Temos 100% com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, sem atrasos na consulta agendada por mais de 7 dias, 100% com exames complementares periódicos feitos em dia, com orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional e avaliação da saúde bucal.

Em relação ao programa de DM temos um número total 12 pessoas com diabetes acompanhados na UBS, sendo 10% do estimado com mais de 20 anos residente na área de cobertura que é de 122.

Estas 12 pessoas acompanhados na UBS tem realizados a estratificado de risco cardiovascular por critério clínico, sem atrasos na consulta agendada em mais de 7 dias, tem exames periódicos em dia, com exame clínico do pé e palpação de pulso tibial e pedioso nos últimos três meses, com orientação sobre a realização de atividade física e orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação bucal

Os profissionais que atuam na UBS têm como importância primordial as estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática

centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Nós fazemos o rastreamento em todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de HAS é realizada pelo médico da UBS. O objetivo inclui identificar outros fatores de risco para DCV (doença cardiovascular), avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. O processo de educação em saúde estabelecido entre o médico e a pessoa deve ser contínuo e iniciado nessa primeira consulta. É fundamental investigar a sua história, realizar o exame físico e solicitar exames laboratoriais, que contribuirão para o diagnóstico, a avaliação de risco para DCV e a decisão terapêutica.

Entre as medidas de educação está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em mulheres que possuem hipertensão.

Orientamos também uma alimentação saudável como usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, evitar o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas, diminuir o consumo de gordura, usar óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados, evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial, consumir diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças, fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado, mantenha o seu peso saudável.

Fazemos palestras na UBS, na sala de acolhimento informando a população sobre os fatores de risco da HAS e DM de como eles podem reconhecer qualquer sinal de alarme de que estão apresentando esta doença e o mais importante é mostrar quais são os fatores de riscos modificável ou não e como podem atuar para

ter uma vida saudável. Também nós apoiamos na rádio, nas instituições como escolas, centro de trabalhos para que promovam estilos de vida saudável.

Em minha UBS em relação ao trabalho com os pacientes realizamos ações dirigidas a desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; também realizo consulta com pessoas com maior risco para diabetes Tipo II, a fim de definir necessidade de rastreamento com glicemia de jejum. Realizamos consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis co-morbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes.

Para o rastreamento dos pacientes com suspeita de DM temos em conta os fatores indicativos de maior risco como Idade >45 anos, sobrepeso (Índice de Massa Corporal (IMC >25), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial (>140/90 mmHg), colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida. É feita solicitação de exames complementares, quando necessário e orientamos sobre mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso.

Fazemos atendimento de adultos portadores de HAS dois dias na semana nos dois turnos, não temos pacientes fora da área de cobertura, e os pacientes saem com a próxima consulta agendada e temos protocolo de atendimento para pacientes portadores de HAS e este foi produzido pelo Ministério da Saúde.

Para uso no programa de hipertensão e diabetes não há suficiente disponibilidade destes equipamentos, instrumentos, materiais de consumo, só contamos com antropômetro para adultos, balança para adultos, estetoscópio, fita métrica, fitas para glicômetro, agulhas, luvas para procedimentos, mesa para exame clínico, tensímetro, temos ficha de acompanhamento do programa, temos materiais de atividade educativa, material bibliográfico, fármacos, vacinas, testes diagnósticos e exames complementares. Em relação à continuidade dos tratamentos dos pacientes é muito difícil já que em farmácias muitas vezes não tem disponibilidade dos remédios e muitos pacientes de baixos recursos deixam de tomar o remédio por não ter recursos para paga-los na rede privada.

Entre as ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos portadores de HAS estão imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de

problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Utilizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS, utilizamos protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde da sua UBS, encaminhamento para atendimento nas especialidades, encaminhamento para internação hospitalar. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial e ficha de atendimento odontológico; temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos e revisado periodicamente e sua finalidade é verificar os faltosos ao retorno programado, verificar se os registros estão completos, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS de risco, avaliar a qualidade do programa e este é feito por o médico e enfermeiro.

Temos o programa de HIPERDIA do Ministério da Saúde e o responsável pelo cadastramento e envio são o médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde à Secretaria Municipal de Saúde, fazemos atividades com grupos de adultos, estas são feitas na UBS e no centro de trabalho na comunidade, também fazemos reuniões mensal e avaliamos e monitoramos as ações dispensadas e utilizamos como fonte o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), HIPERDIA e utilizamos para realizar avaliação e monitoramento das ações registros específicos dos atendimentos de adultos com HAS prontuário, registros específicos dos adultos diabéticos o qual permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas (CAP), ainda estamos abaixo da estimativa e temos que continuar fazendo a pesquisas e rastreamentos de os grupos de riscos tanto para HAS como para DM para aumentar mais o número de pessoas que ainda podem estar não cadastrados o diagnosticados até o momento.

Em relação à atenção as pessoas com HAS que foram atendidas na última semana foram 15 de um total de 74, sendo uma semana típica de atendimento, em total se atenderam no mês 74 usuários e a quantidade de atendimentos é suficiente para atender a população-alvo e a atenção prestada é sempre de qualidade. Em relação à atenção de pessoas com DM foram atendidas na última semana 4 usuários, de um total de 12, sendo uma semana típica de atendimento.

O processo de trabalho para manter a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM na UBS, estão promover e incentivar os faltosos a realizar a sua

consulta programada para receber orientações sobre sua doença e como vai ser a conduta a seguir na avaliação médica, aumentar o rastreamento dos usuários de risco tanto de HAS como de DM, manter cadastrados todos os que possuem risco e manter feita uma avaliação dos ricos para evitar as complicações destas doenças assim como levar uma conduta adequada e que melhore a qualidade de vida destes usuários.

Os gestores municipais de saúde devem fazer a contratação um endocrinologista que não tem no município a fim de formar uma equipe de saúde íntegra onde participem todos da atenção a estas pessoas já que só médicos e enfermeiros participam das ações e não há participação de nutricionista, dentista, psicólogo, educador físico, e tendo essa união podemos dar uma atenção de melhor qualidade.

Em relação ao Programa Saúde da Pessoa Idosa nossa UBS temos cadastrados 75 idosos (52%). O atendimento aos idosos é realizado todos os dias da semana e geralmente tem prioridade de atendimento, também fazemos visitas domiciliares aos que por alguma razão não podem ir até a unidade, a maioria deles tem alguma condição como hipertensão arterial e diabetes e fazem participação de grupos, ainda temos algumas dificuldades que devemos superar como terminar de fazer a todos avaliação multidimensional rápida e índice de fragilidade na velhice para ter bom controle de cada um e poder prevenir complicações.

Nossa equipe de saúde tem como atribuições comuns planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa, identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade, acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito, prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa, desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

Em minha UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, ações de estímulo à prática regular da

atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, sobre os malefícios do tabagismo. Fazemos atendimento aos idosos dois dias na semana em dois turnos, não temos pessoas fora da área de cobertura, o atendimento é feito pelo médico e enfermeiro e eles já saem com a próxima consulta agendada, também temos demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, e usamos o protocolo de atendimento para idosos do Ministério da Saúde (2013).

Entre as ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos idosos estão imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial e ficha de atendimento odontológico, temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos que é revisado periodicamente e sua finalidade é verificar os faltosos ao retorno programado, verificar os registros, identificar procedimentos em atraso, avaliar a qualidade do programa e este é feito por o médico e enfermeiro, entre as atividades dos profissionais de saúde avaliamos a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão.

Em minha UBS existe sempre disponível na consulta a caderneta de saúde da pessoa idosa, que sempre é solicitada nos atendimentos, mas muitas vezes os usuários não levam. Quando conseguimos a caderneta realizamos o preenchimento com as informações atuais do idoso o responsável é o médico. Referente a saúde bucal no idosos contamos com 02 odontólogo na UBS, um para cada micro área que brinda atenção especializada referente a saúde bucal de como manter uma boa higiene bucal, avaliação da saúde bucal e a necessidade de próteses dentarias ademais de realizar acompanhamento e agendamentos de consultas periódicas organizadas pela equipe de saúde bucal. Também se realizam atividades de promoção e prevenção da saúde bucal como palestra na prevenção de câncer bucal e aplicação de flúor.

Fazemos atividades com grupos de adultos, estas são feitas na UBS, no centro de trabalho, na comunidade, no bairro, em outros espaços comunitários, temos dois grupos de idosos são realizados um por mês na UBS e aproximadamente 70 % participam das atividades de grupos, existe na UBS um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar.

O CAP (caderno de ações programáticas) foi preenchido com os dados da caderneta de saúde da pessoa idosa, sendo que temos 145 idosos (número estimado de idosos residente na área). O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 75 idosos para (52%), deles 75 pacientes idosos tem a caderneta de saúde da pessoa idosa para 100%. 33% tem avaliação multidimensional rápida para um 44%, 62 estão com acompanhamento em dia para um 83%, 62 são hipertensos para um 83%, 12 são diabéticos para um 16%, temos 62 dos idosos com avaliação de risco para morbimortalidade para um 83%, 33 idosos com investigação de indicadores de fragilização na velhice para um 44%, 62 idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 83%, 62 idosos com orientação para atividade física regular para um 83%, 60 idosos com avaliação da saúde bucal para um 80%.

Também foram usados como fontes de dados o prontuário clínico, prontuário odontológico, registros específicos dos adultos hipertensos e com DM.

Em relação ao programa da saúde bucal existe em minha UBS atenção odontológica onde realizamos atenção à saúde bucal dos usuários, contamos com um cirurgião dentista, uma auxiliar de odontologia. As consultas são programadas e agendadas pela equipe de saúde bucal, sendo realizado serviços de obturação, extração, restauração e atendimento a grupos específicos como crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, se realiza visita domiciliar para os acamados e com problemas de locomoção, e também realizam atividades de promoção e prevenção tanto nas escolas como na sala de recepção na UBS, se faz avaliação da saúde bucal como prevenção de câncer bucal e avaliação da necessidades de próteses dentária em usuários que estão precisando. Existe disponibilidade suficiente de equipamentos, de instrumentais, banco odontológico, refletor unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal sugador, adesivo para restauração, amálgama (cápsulas ou material para preparo), cimento de ionômero de vidro, cimento de hidróxido de cálcio, cimento restaurador temporário, medicação para tratamento

pulpar, resinas fotopolimerizáveis, selantes, fio de sutura odontológica, gorros, máscaras, óculos, espátulas de madeira, dentifrícios, escovas dentárias, flúor gel, solução de flúor para bochechos, materiais educativos e bibliográficos, contamos com existe na UBS o Caderno de Atenção Básica Saúde Bucal.

Como maiores desafios que temos em nossa UBS para realizar um melhor serviço com qualidade e que cumpram as expectativas de saúde da população temos que integrar melhor a equipe onde todos conheçam quais as suas responsabilidades e atribuições de seu trabalho, também é necessário que trabalhem unidos, que sejam capazes de transmitir aos usuários seus direitos a saúde, quais serviços eles podem ter acesso, buscando autonomia do usuário por sua saúde.

Precisamos melhorar as condições da estrutura física da UBS que apesar de ser uma UBS nova não cumpre com os requisitos necessários e que os gestores municipais de saúde tenham consciência dos problemas de saúde da população. É necessário aumentar o número de especialistas nas diferentes áreas de assistência, que exista uma vinculação e um maior apoio de equipe do NASF.

Em minha UBS temos dificuldades na realização de nosso trabalho tanto organizativa como de recursos antes descritos. A partir da realização da análise situacional em minha UBS e do conhecimento da especialidade em saúde da família o caderno de ações programáticas passamos a ter uma visão mais ampla de nosso trabalho de como deve ser as ações e como temos que trabalhar para realizar uma atenção de qualidade, programada, integral dinâmica qualificada, onde se cumpram todas as expectativas em relação a saúde das pessoas.

Realizamos mudanças significativas na atenção de nossa população como ter plano de consultas programadas por dia da semana, aprendemos como lidar com a demanda espontânea, como vincular os gestores municipais e os setores da sociedade a realizar apoio a UBS, aumentamos o número de consultas programadas, pois com os dados de caderno de ações programáticas passamos a conhecer o número real de pessoas e assim tivemos como planejar ações de promoção prevenção e reabilitação para cada grupo.

Assim, passamos a ter melhor controle na atenção as crianças e gestantes, realizamos ações de saúde de promoção, prevenção em esta população que melhoraram a atenção e qualidade de vida, trabalhamos no planejamento familiar para diminuir o número de gestantes de alto risco. Aumentamos o rastreamento e

pesquisas de pessoas com risco de câncer de colo de útero e de mamas, incentivamos e ensinamos a população feminina a importâncias de realizar os exames preventivos e auto exame da mama, aumentamos o número de rastreamento de pessoas com fatores de risco para HAS e DM, realizamos ações de saúde de promoção e prevenção a essas pessoas tanto como modificar seu estilo de vida, solicitamos aos gestores de saúde aumentar o número de medicamentos para os usuários do HIPERDIA em farmácia da UBS, melhoramos também as ações programáticas para ter um melhor controle e seguimento das pessoas idosa ,fazer uma avaliação multifuncional de esta população, envolvemos a família e comunidade no cuidados da pessoas idosas, e com o cuidado da saúde bucal. Pedimos que a equipe de saúde bucal se integre a equipe de saúde e aumente o número de atendimento dos usuários com doenças relacionadas com a saúde bucal, aumentamos o número de rastreamento de câncer bucal, realizamos ações de promoções e prevenção nas escolas, comunidades.

A partir de todas estas informações que foram analisadas podemos identificar as prioridades e traçar planos de ações para cada problema de saúde apresentado com participação da população na tomadas de decisões buscando novas ações e alternativas que nos permita ter um melhor desempenho em nosso trabalho e melhorar o estado da saúde da população.

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

Foi muito interessante trabalhar cada semana com uma ação programática e como o caderno de ações, o que nos ajudou a visualizar as deficiências encontradas em nossa UBS, dando a oportunidade de planejar, organizar e conversar com a equipe para realizar um melhor atendimento a nossa população. Ainda faltam muitas coisas a serem feitas e melhoradas, porém contamos com as ferramentas apresentadas no curso que irão servir como guia para dar continuidade a nosso trabalho já que existe uma imensa vontade de ajudar a população, resolvendo os problemas existentes, planejando, organizando as ações de saúde e assim melhorando os indicadores de saúde. Nos esforçamos a cada dia para melhorar o trabalho da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (IBGE 2012).

Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de atendimento a esta população preservação da funcionalidade, na deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, a preservação de autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. (BÉRIA JU, 2006).

A UBS Enedino Monteiro, pertence ao estado Amazonas, município Coari, atualmente funciona como uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde residem nesta área de abrangência 4500 usuários para 2 equipes em funcionamento. Minha equipe de saúde presta assistência a área 027 com uma população total de 2414 e esta composta de um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Quanto à estrutura física da UBS contamos com 02 consultórios médicos, que são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, tem uma sala de curativo e procedimentos, a que é utilizada para nebulização e atendimento as emergências, tem uma sala de vacina, um consultório odontológico, dois

sanitários, copa/cozinha. Em relação a abrigo para resíduos sólidos líquidos são recolhidos separadamente diariamente pela prefeitura. A UBS tem cobertura de proteção, em teto, revestido de material lavável, os puxadores das portas são do tipo alavanca, as janelas são de alumínio. Existe um ambiente específico para recepção e arquivo de prontuários também possuímos uma sala de espera que acolhe cerca de 15 pessoas, existe uma sala para ACS e uma sala para farmácia.

Em relação ao programa de idosos em nossa UBS temos um número total 75 (52%) idosos com 60 anos ou mais acompanhados. Destes, temos 62 idosos com HAS (83%) e 12 com DM (16%), 62 idosos tem avaliação de risco de morbimortalidade para um 83%. Ainda temos algumas dificuldades que devemos superar como fazer a todos os idosos a avaliação multidimensional rápida, acompanhamento da consulta em dia, avaliação de risco de morbimortalidade aos pacientes idosos para ter bom controle de cada um e poder prevenir complicações, a avaliação de fragilidade na velhice, bem como a avaliação de saúde bucal.

O atendimento aos idosos é realizado todos os dias da semana e geralmente tem prioridade no atendimento, também fazemos visitas domiciliares aos que por alguma razão não podem ir até a UBS, a maioria deles tem alguma condição como hipertensão arterial o diabetes e fazem participação de grupos, focando assim apenas nos acometidos por essas patologias, sem a implantação de um programa de saúde do idoso efetivamente.

Assim, a intervenção visa identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade, acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito, prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal, bem como realizar e participar das atividades de educação permanente, desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe. Com a intervenção pretendemos aumentar a cobertura do programa de atenção à saúde da pessoas idosas realizando cadastramento e atualização dos registros, busca ativa dos idosos faltosos na visitas domiciliares para que realizem acompanhamento na UBS, logrando a adesão aos serviços de saúde que se prestam na UBS. Ter um controle rigoroso de seu tratamento médico. Também

permitirá promover atividades de saúde como alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e promoção da saúde bucal.

Tudo isto nos permitirá ter uma melhor atenção à saúde desta população e melhorar a qualidade do atendimento prestado, também nos permitirá monitorar e avaliar as pessoas idosas de nossa área periodicamente, com organização dos registros e avaliação dos indicadores.

Também gostaria de ressaltar que este tema foi escolhido, pois outro colega já estava realizando a intervenção para usuários com HAS e DM e a atenção ao Câncer de colo de útero e mama já tinha sido realizada na nossa unidade, sendo assim e pelas demais justificativas acima, decidimos com a equipe e orientadora da especialização realizar a intervenção na atenção à saúde dos idosos.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhoria da atenção aos idosos na UBS/ESF Enedino Monteiro, Coari/AM

Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a Cobertura no Programa da saúde da pessoa idosa.
2. Melhorar a qualidade de atenção da saúde da pessoa idosa na UBS.
3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Realizar avaliação de risco das pessoas idosas.
6. Promover a saúde das pessoas idosas.

Metas

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

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

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

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

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

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

2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

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

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

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

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

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

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

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido no período de 12 semanas de outubro a dezembro 2016 na Unidade de Saúde da Família (USF) Enedino Monteiro Município Coari/AM, em que participarão da intervenção todas as pessoas idosas cadastradas da UBS, a partir de 60 anos, da área de abrangência da nossa equipe, será utilizado como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº 19: Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa de 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da pessoa idosa.

Metas 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das pessoas idosas pertencentes à área de abrangência da unida de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente

Detalhamento: Mensalmente os ACS já conhecendo e familiarizados com a planilha de coleta de dados vão a monitorar a cobertura das pessoas idosas cadastradas e os casos novos que são atualizados na planilha eletrônica.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Acolher as pessoas idosas.
- Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS.
- Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Detalhamento: É preciso realizar por toda nossa equipe um cadastro de todos os idosos com ajuda dos agentes de saúde da área de abrangência, dar prioridade ao atendimento do idosos em qualquer horário do atendimento, e o enfermeiro, vai ficar responsável por atualizar as informações no SIAB/e-SUS mensalmente.

Engajamento público

Ações:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Detalhamento: Serão realizadas palestras na UBS e vamos criar um clube do idoso no bairro para sensibilizá-los quanto à participação no programa e para que entendam que a Atenção Primária é a porta de entrada do SUS.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe no acolhimento às pessoas idosas.
- Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Na reunião da equipe vamos abordar esses temas que em forma de conversas e trocas de ideias e experiências. Oferecer aos agentes de saúde diferentes modos de atuação na busca ativa daquelas pessoas idosas que

não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

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

Metas:

- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).
- Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas
- Rastrear 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).
- Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.
- Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas
- Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.
- Monitorar o número de pessoas idosas hipertensas e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de pessoas idosas hipertensas e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia
- Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados e a realização de visita domiciliar a estes.
- Monitorar o número pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS, e com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas e com acompanhamento odontológico.
- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal e com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: O médico vai realizar o monitoramento das ações de acima, por meio dos registros da ficha espelho semanalmente. O acesso às medicações será monitorado por a técnica de enfermagem de forma das listagens, das medicações disponíveis na farmácia e o monitoramento das necessidades odontológicas serão feitos por técnica de odontologia de atendimento diário de 4 pacientes idosos em horário da tarde.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).
- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.
- Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.
- Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Detalhamento: O médico vai solicitar os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas como a (balança, antropômetro, Tabela de Snellen.), e vai garantir a solicitação de exames complementares e solicitar agilidade. Os casos que precisem de referência com os especialistas serão encaminhados para o pronto socorro ou para ou hospital regional A agenda será organizada de uma vez a semana em horário de manhã para atendimento ao idoso, além disso, temos 4 vagas disponíveis no horário da tarde. As visitas domiciliares serão realizadas pelo o médico e enfermeiro duas vezes na semana, a técnica de enfermagem vai fazer o controle do estoque e ver as necessidades das medicações. O médico vai fazer o que no exame clínico e avaliação multidimensional.

Engajamento público

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar a comunidade quanto às doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.
- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

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

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

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares

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

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

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco para desenvolvimento do DM.

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

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

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

- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: Durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas a equipe vai orientar a comunidade através de palestras, recursos audiovisual em na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.
- Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa
- Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Detalhamento: O médico juntamente com enfermeiro da unidade farão a capacitação da equipe para a realização das ações acima, durante as 12 semanas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Metas: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação

Ações:

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

Detalhamento: Mediante a ficha espelho e a agenda a técnica de enfermagem vai monitorar os pacientes idosos faltosos as consultas programadas.

Organização e gestão do serviço

Ações:

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

Detalhamento: Os ACS serão responsáveis por fazer a busca ativa dos faltosos a cada semana que será feita tanto pela visita domiciliar como por contato telefônico. A agenda será organizada, de a seguinte forma, deixaremos reservados 3 horários pela e 3 pela tarde, a fim de atender esta demanda proveniente das buscas ativas dos idosos faltosos.

Engajamento público

Ações:

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

Detalhamento: Durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas a equipe orientaremos a comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ações:

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

Detalhamento: Todas as semanas serão treinados os ACS, pelo médico nas capacitações.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.
- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: O médico e enfermeiro são os responsáveis de manter o registro de informações e monitorar a completude e qualidade dos registros semanalmente, também a distribuição das cadernetas dos idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço

Ações:

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro são os responsáveis por manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, pactuar com a equipe o registro das informações, e cada membro do equipe também é responsável pela atualização das informações e que estas sejam revisadas e guardadas no sistema de informações. O sistema de alerta será a verificação dos registros e separar as fichas que tiverem situações de alerta para agendamento da consulta.

Engajamento público

Ações:

- Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: Realizar orientação às pessoas idosas e a comunidade durante as consultas, visitas e atividades coletivas.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.
- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O enfermeiro vai treinar e capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas

Metas:

- Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).
- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
- Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

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

- Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e enfermeiro são os responsáveis por fazer o monitoramento dos indicadores na planilha eletrônica.

Organização e gestão do serviço

Ações:

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

- Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente

Detalhamento: Os idosos identificados de risco terão atendimento prioritário.

Engajamento público

Ações:

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

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

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: As orientações serão feitas ao usuário e familiares durante as consultas, visitas e atividades destinadas a este público.

Qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro serão os responsáveis por capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, capacitar os profissionais para identificação e

registro dos indicadores de fragilização na velhice e capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas

Metas:

- Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas.
- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.
- Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.
- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Durante as consultas individuais seguiremos um roteiro contemplando todas as orientações e serão anotadas na ficha espelho. As orientações coletivas terão lista de presença.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Todos os membros da equipe estarão capacitados para realizar as orientações. Mediante contato prévio, solicitaremos a nutricionista organizar práticas de saúde coletivas sobre alimentação saudável, bem como um educador físico para orientar sobre a prática de atividade física regular. As orientações individuais serão garantidas disponibilizando um tempo de 30 minutos para cada consulta.

Engajamento público

Ações:

- Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Mediante atividades educativas que serão realizadas pela equipe de saúde serão repassadas as orientações.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".
- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O médico, enfermeiro e o dentista farão a capacitação da equipe para estas ações durante as reuniões semanais.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores referem-se às metas, logo tem a mesma numeração da meta correspondente.

Objetivo 1: Ampliar a Cobertura no Programa da saúde da pessoa idosa.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

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

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

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica

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

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

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus.

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

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

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

Indicador 2.12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

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

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Indicador 4.2: Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco das pessoas idosas.

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

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

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

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

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

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

Indicador 6.2: Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

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

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

Indicador 6.3: Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na atenção aos idosos, vamos utilizar o Caderno de Atenção Básica - nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2013) que já está disponível na UBS.

Utilizaremos a ficha espelho dada pelo curso e prontuário individual de cada usuário para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção que será monitorado pelo médico.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% das pessoas idosas. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as fichas espelho necessária e imprimir mais uma versão do caderno de atenção da pessoa idosa, sendo necessária (180) fichas espelhos. Também organizaremos na agenda o atendimento de 10 idosos por semana em um turno semanal e reservaremos 6 fichas diariamente para aqueles que não puderem comparecer nos dias estipulados.

Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, esta será preenchida pelo médico.

Para organizar os registros específicos do programa, à medida que os idosos venham as consultas para os atendimentos clínicos, serão preenchidas as fichas espelho em uso na intervenção. As fichas espelho serão completadas pelos ACS ou técnico de enfermagem com base nos prontuários existentes e livro de atenção ao idoso, e atualizadas pelo médico durante as consultas. Aos pacientes acamados será preenchida durante a visita domiciliar pelo ACS, médico e enfermeiro.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, semanalmente será feita uma capacitação dos ACS, na sexta-feira pela tarde, esta capacitação será elaborada pelo médico ou enfermeiro.

Em relação às atribuições dos membros da equipe, os ACS serão responsáveis por cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro área e manter o cadastro atualizado, preencher e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa disponível na UBS, conforme seu Manual de Preenchimento específico, identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde, realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização, buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis, fazer a busca dos faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas. Entre os materiais que precisam os ACS são balanças, fitas métricas, glicômetros fitas para glicômetro, esfigmomanômetro e estetoscópios que estão disponíveis na UBS.

O médico será encarregado de capacitar aos ACS para orientação de pessoas idosa e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas idosa e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, solicitar os exames necessários que estão disponível nos laboratórios que vou precisar para os 180 idosos cadastrados na UBS.

O médico e enfermeira serão responsáveis de realizar avaliação multidimensional rápida, realizar avaliação de risco para morbimortalidade, realizar a investigação de indicadores de fragilização de velhice, avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos idosos, assim como monitoramento semanal dos indicadores, manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas. Para isto vamos

precisar de material como balanças, fita métrica, oftalmoscópio, otoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio, apoiado na ficha no espelho onde vem todos os itens a avaliar no idoso. Se, encontramos alguma alteração os pacientes são encaminhados para as especialidades como nutricionista, oftalmologista, otorrino para avaliação especializada.

A enfermeira vai solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas idosas que necessitem consultas especializadas, também garantir com o gestor municipal ações para a realização dos exames complementares, entre elas estão conversas com os gerentes de saúde dos laboratórios públicos para que priorizem os pacientes idosos participante no projeto.

A técnica de enfermagem realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos de 15 em 15 dias para os pacientes idosos que tem doenças crônicas como hipertensão e diabetes e manterá um registro das necessidades de medicamentos garantindo que eles não falem mantendo o pedido e recibo dos remédios na central de medicamentos através dos gestores de saúde.

A auxiliar de odontologia organizará a agenda do dentista para os idosos identificados com necessidade de atendimento odontológico e contará com o material necessário de odontologia para realizar as atividades do programa da saúde bucal.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. A partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais para conversar sobre o caderno de atenção a pessoa idosa que será utilizada durante a intervenção. Estas reuniões de capacitação da equipe estão ocorrendo na própria UBS no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Aproveitando para explicar dúvidas e dar orientações sobre o projeto. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção.

Temos material adequado como folha lápis, tensiômetro, estetoscópio, glicômetro, balança para adulto, fita métrica, calculadora e precisa ser providenciado folhetos educativos sobre a atenção a idosos estes serão providenciados pela secretaria de saúde.

Para monitorar o número de idosos cadastrados semanalmente o médico fará a atualização da planilha eletrônica na UBS.

O acolhimento da pessoa idosa será organizado pela recepcionista ou ACS de acordo a suas necessidades de atendimento.

Para incentivar a comunidade para que participe e conheça de nosso trabalho de intervenção será realizado um cronograma de palestras coletivas na UBS e comunidade que serão organizadas pelo médico, enfermeira e ACS. Aproveitando também as atividades grupais, o médico e enfermeiro farão a elaboração das tarefas para realizar orientações, atividades de socialização dos idosos, contataremos a nutricionista para realizar palestras educativas, utilizaremos recursos audiovisual que estão disponível na UBS como TV, DVD para educar a população, e entraremos em contato com a rádio local para auxiliar na divulgação. Os grupos serão feitos cada 15 dias formados por dois grupos de idosos, onde nesse dia faremos um café de amanhã para estimular ainda mais sua participação das atividades.

Os familiares dos idosos serão estimulados a participar, orientar e informar a equipe de saúde das situações de doenças, vulnerabilidade e riscos dos idosos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas e que foram realizadas nestas 12 semanas foram cumpridas integralmente como a ampliação da cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas idosas pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde, mas não foi cumprida a meta de 100%, pois segundo as estimativas da PCD o número de idosos da área era 241, sendo que cadastramos 180 idosos para um 74,7% dos estimados dando uma atenção integral a todos com a realização de todas as demais ações estabelecidas em 100% dos cadastrados.

A intervenção que ocorreu em um período de 12 semanas e aconteceu conforme o que foi estipulado pelo cronograma elaborado para o desenvolvimento da intervenção. Os agentes comunitário de saúde (ASC), o enfermeiro, o técnico em enfermagem, o pessoal da recepção, da farmácia, o odontologista, a técnica em odontologia receberam 12 capacitações realizadas na sala de reuniões da UBS onde foram distribuídas uma cópia de cada documento a cada profissional participante.

Entre os temas da capacitação foram sobre a apresentação e conhecimento de caderno de atenção básica de envelhecimento e saúde da pessoa idosa assim como os protocolos de atenção a pessoa idosa (Caderno de Atenção Básica - nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa–2013). Entre os temas discutidos foram a capacitação da equipe no acolhimento às pessoas idosas, capacitação das ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização. Estas capacitações foram feitas na reunião de equipe sendo que os temas foram abordados em forma de conversas e trocas de ideias e experiências. Também oferecemos aos agentes de saúde diferentes modos de atuação na busca ativa

daquelas pessoas idosas que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

Além disso, conversamos a respeito da função e papel de cada profissional da UBS na atenção a este grupo de usuários, durante as capacitações já percebia-se o comprometimento de cada profissional com a intervenção sentindo-se parte de este trabalho.

Toda a equipe auxiliou na divulgação da intervenção sendo esta realizada nas visitas domiciliares, pactuarão com os líderes comunitários, na UBS através de palestras, reuniões, usando os meios audiovisuais falamos com a população sobre a importância de nossa intervenção e a possibilidade de participar no Programa de atenção a pessoas idosas na UBS.

Neste período tivemos contato com a liderança da comunidade, o representante do conselho de vizinho onde explicamos a importância da intervenção na atenção as pessoas idosas e como podem ajudar no desenvolvimento das ações da intervenção.

Os idosos foram acolhidos já na recepção, logo procurava-se o prontuário deste usuário, e era encaminhado a triagem realizada pelos ACS para verificar a pressão arterial, peso, altura, circunferência braquial e abdominal e teste de glicose para rastreamento de Diabetes Mellitus para aqueles que tem risco desta doença.

Os ACS também faziam o preenchimento das fichas espelho com os dados da triagem, e também o cadastramento dos idosos que ainda não estavam cadastrados.

Durante o acolhimento os ACS, faziam palestra sobre a importância da atenção à saúde do idoso, a fim de melhorar a adesão e engajamento das pessoas da comunidade para que participassem da intervenção, também enfatizavam a importância de que as pessoas idosas assistissem as consultas médica onde era realizada avaliação de risco de morbimortalidade, exame clínico, exame complementares, orientações sobre promoção da saúde (alimentação saudável, realização de exercícios físicos, evitar o tabagismo, evitar o uso de álcool, ir a consulta de odontologia para avaliação da saúde bucal e realização de avaliação da necessidade de próteses dentaria), os idosos também foram encaminhados as especialidades (caso fosse necessário). Entre as especialidades que foram encaminhados estão oftalmologista os que tinham problemas de visão, para otorrino o que apresentavam dificuldades na audição, para endocrinologista para os

diabéticos com alguma alteração metabólica, para o nutricionista para o que tinham algum tipo de obesidade ou sobrepeso, ao fisioterapeuta aqueles que tinham dificuldade na locomoção o precisavam de fisioterapia. Por último os idosos saiam com a próxima consulta agendada.

Nestas 12 semanas foram realizadas 4 atividades de grupo, os profissionais envolvidos nas atividades foram o médico, enfermeiro e agentes comunitários, elas foram elaboradas pela equipe de saúde, entre os temas abordados estão os cuidados da pessoas idosa, como evitar acidente domiciliar como levar um estilo de vida saudável com alimentação adequada, a pratica de exercícios físicos, hipertensão e diabete nos idosos e os riscos de morbimortalidade na prevenção de doenças cardiovasculares. Podemos considerar que a receptividade dos idosos nestas atividades foi muito boa e ficaram entusiasmado com as atividade de grupo, também dividimos os idosos em dois grupos, para a realização desta atividade, com aproximadamente 30 idosos em cada, assim eles poderia participar mais e expor suas dúvidas.

Durante a visita feita pelo assessor do Mais Médico de nosso município aproveitando para trocar ideias em relação a intervenção que estamos fazendo na UBS também lhe apresentamos algumas dificuldades como a necessidade de aumentar a quantidade de glicômetro, fita para glicômetro, fita métrica, tensímetro, balança para adultos e a falta de alguns materiais para os procedimentos de odontologia, sendo que este se disponibilizou a conversar com o gestor de saúde a este respeito.

Mas, apesar de contar com pouco recursos na UBS para realizar as atividades trabalhamos sem dificuldades e a intervenção não teve problemas em seu desenvolvimento e as atividades programadas foram cumpridas de acordo com o cronograma.

Durante as intervenção os ACS atualizaram o cadastro das pessoas idosas, se realizo o cadastramento de 09 idosos acamados que precisam de cuidados familiar e tinham problemas de locomoção. Os usuários idosos acamados tiveram todas as avaliações e orientações dadas na visita domiciliar feita pelo médico e enfermeiro e ACS. Segundo as estimativas usando 8% da população de idosos que representava teríamos 19 idosos e com problemas de locomoção, mas ao fazer o cadastro real e atualização dessas pessoas em área de abrangência temos apenas 9 idosos acamados com problemas de locomoção, sendo que todos receberam

consultas e avaliação em seu domicílio na visita domiciliar feita pelo médico e enfermeiro.

Também foi realizado exame bucal aos idosos pelo odontólogo e técnico de odontologia em busca de leucoplasias ou câncer bucal entre outras patologias, estas avaliações foram feitas todos os dias da semana assim que eles saiam das consultas médicas e de enfermagem, então passavam direito para a consulta de odontologia onde se realizava atendimento, avaliação da saúde bucal, necessidade de próteses dentária.

Também foram indicados os exames de laboratório a todos os idosos cadastrados, apenas apresentamos dificuldades para as realização de exames complementares de hemoglobina glicosada e microalbuminúrica e proteína de 24 horas nos idosos com hipertensão e diabetes por não ter reativos no laboratório para todos. Mas, depois foi resolvido através dos gestores garantindo assim que todos os exames fossem.

Conseguimos isso, pois pactuamos com os gestores que todos os idosos que estavam participando da intervenção teriam prioridade nos laboratórios e também foi realizado um convênio com outro laboratório da rede pública e hospital para garantir todos os exames aos idosos sem dificuldades.

Quanto a prescrição de medicamentos para os idosos foi garantido pela secretaria e pela central de medicamentos do município a todos os idosos que tinham alguma doença crônica associada como hipertensão e diabetes tanto na farmácia popular como em convênios com farmácias da rede privada que davam os remédios de graça a estes usuários.

Já os idosos que apresentavam alguma alteração durante a avaliação multidimensional foram encaminhados para o endocrinologista, nutricionista, fisioterapeuta, psicologista e oftalmologista para outra avaliação de especialista conforme necessidade.

Outra atividade em grupo feita pela nossa equipe de saúde foi juntamente com o fisioterapeuta realizando uma conversa com um grupo dos idosos principalmente com os homens aproveitando o mês de novembro azul que é o mês da prevenção do câncer de próstata, falamos sobre este tipo de câncer quais são os primeiros sintomas e como saber identificar qualquer sintomas no homem e que podem aparecer depois de 40 anos, falamos como fazer a prevenção, realização do toque retal e antígeno prostático sua importância na prevenção e a prática de

exercícios físicos, alimentação saudável em alimentos ricos em fibra vegetal, evitar o tabagismo, obesidade, sedentarismo e as doenças sexualmente transmissível.

Trocamos ideias, tiramos algumas dúvidas referente ao tema e mostramos um Power point no computador para eles sobre o câncer de próstata, seu diagnóstico prevenção e conduta a seguir para cada situação.

Outra atividade realizada foi uma ação de saúde no ginásio do bairro, que foi convocada pela prefeitura e secretária de saúde do município, onde foram realizadas ações com assistência médica, ofertas de medicamentos, diagnósticos rápidos com teste de HIV, exame de próstata a todos os usuários maior de 50 anos com algumas sintomatologia urinária, campanha de vacinação com VPH a todas as adolescentes maior de 9 anos, eu realizei juntamente com os agentes comunitários palestras educativas sobre DST (doenças sexualmente transmissível) e também foi realizada vacinação antirrábica para os cachorros do bairro. Esta ação foi muito importante também para auxiliar na divulgação da intervenção em saúde do idoso que estava sendo realizada na nossa unidade de saúde.

Para melhorar o registro das informações sobre atenção à saúde da pessoa idosa o médico e enfermeiro foram responsáveis de manter o registro de informações e monitorar a qualidade dos registros semanalmente, também a distribuição das cadernetas ao pacientes idosos cadastrados. Tudo isto foi organizado da seguinte maneira, mantendo as informações do SIAB atualizadas, implantamos a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, pactuamos com a equipe o registro das informações, definimos o responsável pelo monitoramento dos registros de informações, organizamos um sistema de registro para viabilizar 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.



Figura 1: Atendimento domiciliar a usuário idoso com DM.



Figura 2: Realização de atividade de promoção da saúde com os idosos.



Figura 3: Atendimento odontológico aos idosos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nas ações previstas na intervenção para serem desenvolvidas nestas semanas e que não foram desenvolvidas foi a dificuldade que estão relacionada com o transporte (ônibus) para o traslado dos idosos para o centro de conveniência dos idosos, onde foi programado realizar um encontro com demais idosos de outra unidade de saúde para compartilhar conversas, experiências e realizar bate-papo sobre os temas relacionados ao envelhecimento e os cuidados que temos que ter com as pessoas idosas, como a família pode participar nos cuidados dos idosos para ter uma melhor qualidade de vida. Esta foi uma atividade proposta pela nossa equipe a fim de desenvolver uma interação e troca de experiências de nossos idosos com outro idosos de outra UBS.

Para nossa equipe foi muito frustrante, pois apesar de amanhecer com chuva 6 idosos já estavam aguardando o transporte todos muito entusiasmados para ir para o centro de conveniência das pessoas idosas. Foi explicado por mim as dificuldade com o transporte e pedimos desculpas para eles. Todo foram muito compreensíveis e tiveram que voltar para suas casas.

Mas, depois de ir de novo a falar com a diretora do centro de idosos as atividades programadas lá foram se desenvolvendo com muita fluidez, conseguimos o transporte e realizar as atividades previstas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos nenhuma dificuldade na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas tive dificuldade no fechamento das planilhas de coletas de dados que foi resolvida com auxílio da orientadora. Não tive dificuldade para a confecção da ficha em espelho e cálculo dos indicadores até este momento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações estão sendo realizadas atendendo o cronograma e já estão formando parte do dia a dia da rotina da UBS, não temos apresentado dificuldades para o cumprimento da intervenção e as atividades estão funcionando e desenvolvendo adequadamente como os atendimentos clínicos, programação de consulta em dia, avaliação multidimensional, avaliação de fragilidade de velhice,

avaliação de risco de morbimortalidade que estão se realizando segundo o planejado, continuamos com as diferentes atividades, como as capacitações, exames clínicos e laboratoriais, continuamos com os registros de informações atualizados para o SIAB feito pelo médico e enfermeiro, continuamos a busca ativa dos faltosos pelo agente comunitário, orientações sobre promoção da saúde.

Também continuamos informando durante as visitas domiciliares, e o acolhimento dos usuários na UBS, na sala de espera e durante as consultas, sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa, sempre melhorando a qualidade do atendimento dos usuários.

Os atendimentos estão ocorrendo de maneira adequada com grande número de usuários que retornam a consulta para revisar os exames indicados e já estão saindo da consulta com a próxima consulta agendada.

Nestas semanas da intervenção nossa equipe cumpriu com o objetivo fundamental que é atendimento com qualidade das pessoas idosas. Nossa equipe sente-se muito feliz, pois são muitas as coisas positivas que a intervenção nos trouxe e os mais beneficiados são a nossa população de idosos que em muitos casos são abandonados e negligenciados pela família e até pela própria sociedade.

Ganhamos conhecimento e experiência, agora olhamos as pessoas idosas de forma diferente, e ficamos satisfeitos de vê-los alegres e felizes depois de receber carinho, respeito e atenção de todos nós. Muitos que foram atendidos na intervenção hoje se sentem mais satisfeitos com eles mesmos e com nosso trabalho, pois muitos deles foram reintegrado à sociedade, hoje tem uma vida útil e participativa, recebendo o carinho e amor de sua família.



Figura 4: Equipe de saúde na UBS Eneidino Monteiro.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Com a intervenção melhoramos a cobertura do programa de atenção às pessoas idosas na área adstrita na UBS Enedino Monteiro onde existe uma estimativa de 241 idosos (segundo a PCD) na área de abrangência que é o denominador (número total de pessoa idosa residente na área de abrangência).

Objetivo 1: Ampliar a Cobertura no Programa da saúde da pessoa idosa.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Indicador. Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No primeiro mês foram cadastrados 101 (41,9%) idosos, no segundo mês 158 (65,6%) e ao final da intervenção terminamos com uma cobertura do programa de atenção a pessoas idosas de 180 (74,7%) idosos cadastrados.

Os motivos para se ter um bom resultado desse indicador foi devido a uma boa capacitação da equipe de saúde referente as buscas de pessoas idosas, a capacitamos da equipe de saúde quanto a política nacional de humanização onde foram atribuídos as funções de cada membro da equipe como fazer um bom acolhimento das pessoas idosas.

Também podemos destacar a realização do cadastramento e atualização de todos os idosos da área de abrangência, atualizamos os registro de informação SIAB/e-SUS e toda a informação que realizamos na comunidade quanto a necessidade de participar e a existência de um programa de atenção as pessoas idosas.

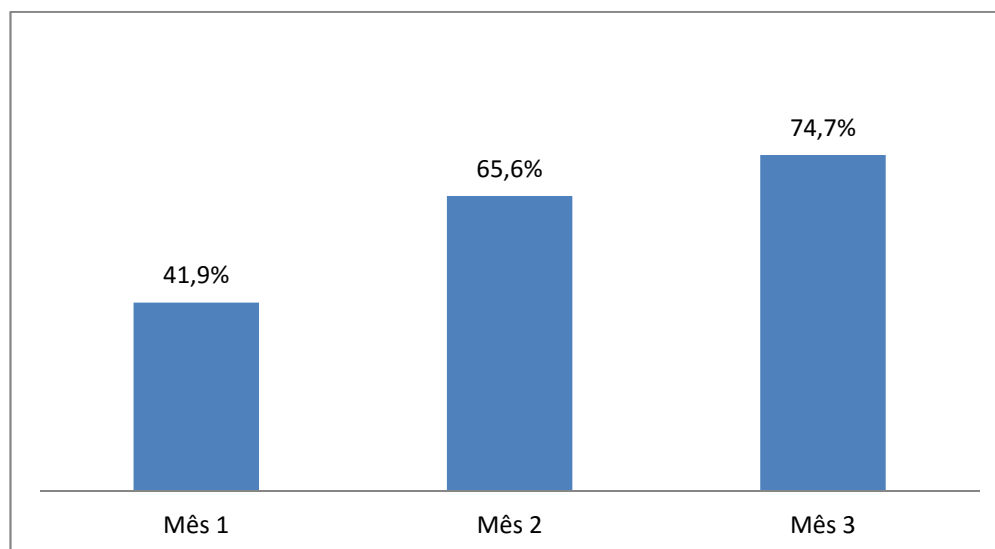


Figura 5: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Enefino Monteiro. Coari/AM, 2016

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Indicador: número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida.

Realizamos avaliação multidimensional rápida a 100% dos idosos cadastrados na área de abrangência.

Sendo que no primeiro mês foi feita em 101 (100%) idosos, no segundo mês em 158 (100%) idosos e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos cadastrados com avaliação multidimensional rápida em dia.

Este indicador teve bons resultados, pois garantimos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...). Definimos as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas, orientamos a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, capacitamos os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinamos a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, e para fazer encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

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

Indicador. Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

No primeiro mês 101 (100%) idosos estavam com exame clínico em dia, no segundo mês em 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos cadastrados com exame em dias.

Conseguimos resultados significativos neste indicador, pois definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas. Garantimos a busca das pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado, organizamos a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares, garantimos a referência e contra referência de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, orientamos a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas, capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para manter o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

No primeiro mês foram rastreados para HAS 101 (100%) idosos, no segundo mês em 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com rastreamento.

Neste indicador conseguimos resultados satisfatórios pois melhoramos o acolhimento para os idosos portadores de HAS, garantimos material adequado para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, orientamos a comunidade sobre a importância da realização da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, capacitamos a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador: número de pessoas idosas rastreadas para diabetes.

No primeiro mês foram rastreados para DM 101 (100%) idosos, no segundo mês em 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com rastreamento.

Neste indicador conseguimos resultados favorável, pois melhoramos o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM, garantimos material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, isto foi possível por meio dos gestores na secretaria de saúde que a pesar de contar com poucos recursos conseguiu manter os matérias necessários para a intervenção na UBS.

Também criamos um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste. Orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, orientamos à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, capacitamos a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram exame apropriado dos pés, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com os pés examinados.

Neste indicador alcançamos bons resultados, pois definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes, garantimos busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico e nem dos pés apropriado, organizamos a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Garantimos a referência e contra referência de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e

sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Capacitamos a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com exames em dia.

Neste indicador alcançamos resultados favoráveis a pesar de ter algumas dificuldades para a realização de exames complementares como de hemoglobina glicosada e microalbuminúrica e proteína de 24hs nos idosos com hipertensão e diabetes por não ter reativos no laboratório para todos.

Sendo assim entramos em contato com a SMS e o gestor de saúde realizou um convênio com outro laboratório da rede pública e com o laboratório do hospital para garantir os exames aos usuários idosos participantes da intervenção.

Também estabelecemos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, orientamos os idosos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e em quanto a periodicidade com que devem ser realizados, capacitamos a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador. Número de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com prescrição da farmácia.

Neste indicador conseguimos alcançar resultados positivos apesar de termos algumas dificuldades no início da intervenção como a não completa disponibilidades de todos os medicamentos dos idosos que tinham doenças crônicas e que precisavam de algumas medicações específicas, sendo assim, tomamos ações rápidas entrando em contato com a secretaria de saúde e com central de medicamentos do município que passaram a garantir os medicamentos necessários aos idosos que tinham alguma doença crônica associada como hipertensão e diabetes. Também foi realizado um convênio com uma farmácia da rede privada que fornecia as medicações necessárias que não eram encontrados na rede pública.

Realizamos controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos, mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, orientamos a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e as possíveis alternativas para obter este acesso, realizamos atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, capacitamos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador. Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Quanto aos idosos acamados ou com problemas de locomoção na PCD tínhamos uma estimativa de 19 idosos, mas temos a absoluta certeza que nossa área de cobertura possui apenas 9 idosos que são acamados, sendo assim já no primeiro mês realizamos o cadastramento desses 9 (100%) idosos e realizamos o acompanhamento nos meses seguintes.

Conseguimos isso devido as ações da equipe de saúde, garantindo o registro das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa na Unidade de Saúde e capacitamos os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

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

Todos os 9 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar. Sendo que, neste indicador obtemos bons resultados, pois organizamos a agenda para realizar visitas, orientamos a comunidade e as famílias dos cadastrados sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, orientamos a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, orientamos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com esta avaliação.

Neste indicador também não apresentamos dificuldades, pois a técnica de odontologia juntamente com as recepcionistas realizava o acolhimento e organizava a agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Toda a equipe foi capacitada para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas, sendo que esta era realizada durante o acolhimento.

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

Indicador: número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram primeira consulta odontológica programática, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos com consulta odontológica.

Neste indicador inicialmente tivemos algumas dificuldades já que na UBS não existia um programa de atenção aos idosos referente a saúde bucal, não se fazia consulta odontológica programática, nem de avaliação da saúde bucal em idosos.

Antes iniciar a intervenção pactuamos com a odontóloga e técnica de odontologia organizando o acolhimento dos idosos na unidade de saúde, monitoramos a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência, organizamos agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas cadastradas na intervenção, oferecemos atendimento prioritário às pessoas idosas.

Neste sentido, também informamos a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além das demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, capacitamos a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo e para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico, também capacitamos os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Metas 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram avaliação de alterações de mucosa bucal, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos avaliados.

Neste indicador também apresentamos algumas dificuldades no início da intervenção, pois não existia um programa de atendimento a saúde bucal das pessoas idosas e logo no início da intervenção já estabelecemos um programa de atendimento da saúde bucal das pessoas idosas cadastradas incluindo a avaliação de alterações da mucosa oral.

Também organizamos ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas, disponibilizamos material informativo relativo ao autoexame da boca, esclarecemos a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca, capacitamos a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e como selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Metas 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram avaliação de necessidade de prótese dentária, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos avaliados.

Da mesma forma que os demais indicadores para a saúde bucal, este também apresentou dificuldades no início, mas que foi resolvida com apoio da equipe de odontologia, sendo que todos os idosos foram avaliados quanto a necessidade. Mas, em contrapartida no município não existe laboratório de próteses dentária para a confecção das próteses, sendo assim solicitamos ao secretário de saúde alguma medida para realização desta ação, fomos informados por ele que o município não possui condições financeiras para construção de um laboratório de prótese dentária, mas que faria um convênio com laboratório de próteses da rede privada e assim iniciamos ao Programa Sorriso Saudável que objetiva dar atenção a saúde bucal dos mais necessitados.

Na UBS a odontóloga passou a realizar uma base de dados dos avaliados e que precisam do uso de prótese para ficar em uma fila de espera de acordo com a necessidade, estes dados são repassados para o laboratório que está realizando as próteses.

Também explicamos a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias e capacitamos a equipe de saúde para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

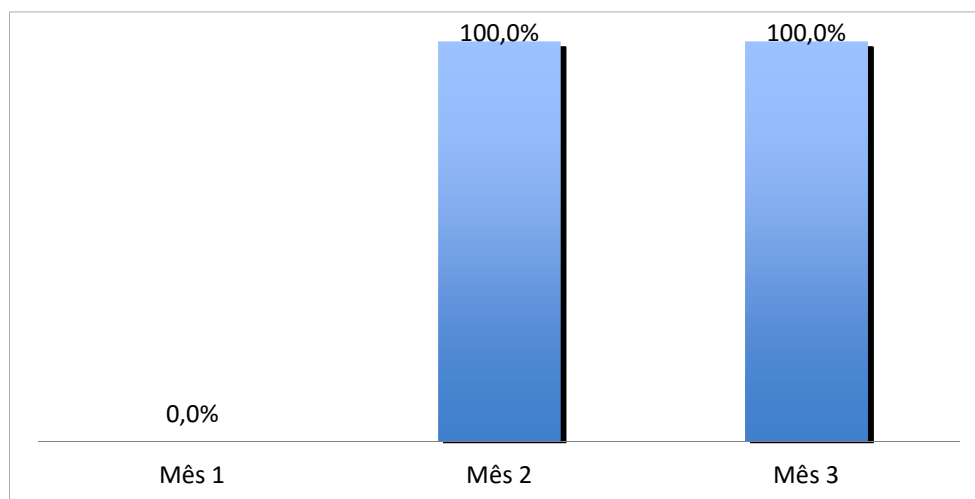


Figura 6: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária na UBS Enedino Monteiro. Coari/AM,2016.

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

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

Indicador: número de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Durante a intervenção alcançamos indicadores em cada mês, no primer mês da intervenção a proporção de pessoas idosas faltosas as consultas que receberam busca ativa foi de 02 idosos, no segundo mês da intervenção a proporção de pessoas idosas faltosas as consultas que receberam busca ativa foi de 05 idosos, e no terceiro mês a proporção de pessoas idosas faltosas as consultas que receberam busca ativa foi 05 de para um 100%.

Neste indicador tivemos bons resultados a traves da busca ativa das pessoas idosas faltosas a consulta programadas pois nosso equipe organizamos a visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares, informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvimos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas, treinamos os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês chegamos a 180 (100%) idosos estavam com registro em dia.

Neste indicador tivemos resultados importantes através de ações e estratégias tomadas pela equipe de saúde, como manter as informações do SIAB atualizadas, implantamos a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas, pactuamos com a equipe o registro das informações, definimos os responsáveis pelo monitoramento dos registros, organizamos um sistema de registro que viabiliza 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.

Orientamos os idosos sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e treinamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

No primeiro mês 101 (100%) idosos estavam com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos estavam com Caderneta.

Neste indicador conseguimos que todos os idosos cadastrados tivessem a caderneta de saúde das pessoas idosas solicitando ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta, orientamos as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e capacitando a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

No primeiro mês 101 (100%) idosos foram rastreados quanto ao risco de morbimortalidade, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos estavam com rastreamento em dia.

Conseguimos mapear o risco das pessoas idosas priorizando o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, orientamos as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, capacitamos os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

Indicador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

No primeiro mês 101 (100%) idosos foram investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos.

Neste indicador priorizamos o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice, orientamos as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, capacitamos os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Metas 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

No primeiro mês 101 (100%) idosos tiveram avaliação de rede social, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos.

Conseguimos realizar a avaliação da rede social das pessoas idosas facilitando o agendamento e a visita domiciliar com rede social deficiente, orientamos as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, estimulamos na comunidade a promoção da

socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, capacitamos a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

No primeiro mês 101 (100%) idosos foram orientados quanto a nutrição para hábitos alimentares saudáveis, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos.

Para isso fizemos ações como a definição do papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientamos as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, capacitamos 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" e para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física.

No primeiro mês 101 (100%) idosos foram orientados quanto a prática regular de atividade física, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos.

As orientações foram feitas por todos os membros da equipe, demandamos do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, capacitamos a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

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

Indicador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês 101 (100%) idosos foram orientados quanto a higiene bucal, no segundo mês 158 (100%) e terceiro mês 180 (100%) idosos.

Neste indicador conseguimos fazer orientações sobre higiene bucal organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, orientamos as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

4.2 Discussão

Com a realização da intervenção em minha UBS Enedino Monteiro conseguimos propiciar a melhora na atenção aos idosos com a ampliação da atenção e qualidade à saúde da pessoa idosa na UBS. A equipe de saúde ajudou muito na realização do trabalho.

Antes de estabelecer a intervenção não existia um programa de atenção a estes usuários. A partir da intervenção conseguimos implementar um programa de atenção as pessoas idosas na UBS, fazendo avaliação multidimensional rápida a todos os idosos de nossa população alvo e a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice, realizamos exame clínico a todos os cadastrados conseguimos fazer o rastreamento para hipertensão e diabetes para todos os idosos da área e realizamos exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes, também realizamos os exames complementares a todos idosos, disponibilização de medicamentos, caderneta do idoso, prótese dentaria e realizamos orientações de promoção da saúde constantemente a estes usuários.

Também conseguimos priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, com fragilização da velhice e também facilitou o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas como rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos, ampliação a cobertura, realização de

pesquisas e busca ativa de faltosos, realização de visitas domiciliares com maior qualidade envolvendo as pessoas idosas e sua família.

Também permitiu que a equipe conhecesse e atualizasse os sistemas de informação, melhorando o monitoramento desses o que melhora o atendimento das pessoas idosas, diagnóstico e tratamento. A equipe ganhou conhecimento, experiência para assim melhorar a qualidade de vida dos idosos de nossa área de abrangência.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde como médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, da recepção, triagem, farmácia, odontóloga e agente comunitário de saúde (ACS), todos atuando conjuntamente de maneira interdisciplinar.

Sendo que ainda continuamos com capacitação da equipe, e a realização das ações acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço: seguindo de exemplo para a programação, organização coleta de informação e planejamento de outras consultas e programas como hipertensão e diabetes, atenção ao homem, atenção a mulher. Também dando-lhe continuidade a intervenção já implantado na UBS obtendo resultados favorável na atenção, procurando cada dia maior satisfação da população na prestação de nosso serviço.

Quanto a importância que a intervenção teve para o serviço, podemos considerar que antes da intervenção as atividades de atenção a pessoas idosas eram concentradas só pelo médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas idosas.

A melhoria do registro e o agendamento para pessoas viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco de morbimortalidade em idosos com hipertensão e diabetes tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Além disso, houve a diminuição de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Já para a comunidade o impacto da intervenção já é percebido, e principalmente pelos idosos já que estes demonstraram satisfação com a qualidade e prioridade no atendimento, falando de nossa atenção a cada membro de sua família e comunidade, eles retornam a UBS para o acompanhamento e geralmente trazem um membro da família para também receber atendimento, percebemos que estes aspectos aumentam o vínculo da comunidade com a nossa equipe, sendo assim

conseguimos conhecer melhor nossa população, melhorar sua qualidade de vida, melhorar o atendimento aos usuários.

Muitas pessoas que foram atendidas na intervenção hoje se sentem mais satisfeito com eles mesmos e com nosso trabalho, pois muitos deles foram reintegrado à sociedade , tem hoje uma vida útil e recebem o carinho e amor de sua família que antes da intervenção não encontravam, isto demonstra que os usuários ficaram satisfeito com atendimento após intervenção, e sentem-se como parte da unidade, também reconhecem os benefícios que trouxe para eles e sua família, bem como passaram a ter mais credibilidade no trabalho da equipe.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, ela poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional estivesse discutido as atividades desenvolvidas com a equipe durante o projeto, também faltou uma maior articulação entre equipe de saúde, gestores municipal e a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar as atividades.

Agora que estamos no fim da intervenção percebo que a equipe está integrada, unida fazendo um trabalho de qualidade para nossa população, sendo a intervenção parte de nossa rotina de atendimento, mas ainda tentando superar as dificuldades.

Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção das pessoas idosas tanto na consulta como na visita domiciliares, aumentar o número de vagas de atendimentos para os idosos no horário da manhã e tarde sem afetar o atendimento na UBS.

O trabalho em equipe foi fundamental para a realização das ações propostas pela intervenção. A importante maioria dos membros da equipe foi participativa, mas é o trabalho dos ACS que merece realce, pois foram os que tiveram a maior contribuição.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, para isto continuamos o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos idosos em especial os de alto risco.

Continuamos ampliando a cobertura de atenção a pessoas idosas de nossa UBS, ampliamos para outros programas como, pré-natal, Hipertensos, Diabéticos e atenção as crianças, facilitando nosso trabalho e que a grande maioria é para melhorar a qualidade de saúde de nossa população.

Continuamos com as capacitações do equipe de saúde para que tenham maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos idosos e outros grupos populacionais.

5 Relatório da intervenção para gestores

Eu sou Ismael Rizo Martinez, médico cubano pertencente ao Programa Mais Médicos para o Brasil, estou realizando uma Especialização em Saúde da Família como parte do programa de especialização para os médicos atuantes neste Programa.

Dessa forma o curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Então realizamos uma análise situacional da UBS no início do curso e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários idosos de nossa área de abrangência, sendo que não existia um programa de atenção programadas a pessoas idosas, não se realizava programação com acompanhamento em dia das consultas, muitos não tinham a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, não tinham a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em idosos, entre outros fatores preconizados pelo Ministério da Saúde.

De acordo com a estimativa de idosos de nossa área de abrangência a população alvo antes da intervenção existia 75 idosos cadastrados para um 52%, destacando que este grupo de usuário estavam sem receber atenção integral de saúde.

Sendo assim, durante 12 semanas realizamos na UBS uma intervenção donde participaram 180 pessoas idosas a partir de 60 anos o mais cadastradas e atualizadas na planilha de coleta de dados (PCD) que representa 74,7% dos idosos da área de abrangência.

Ao final da intervenção 100% deles tiveram avaliação multidimensional rápida, avaliação dos indicadores de fragilização na velhice, exame clínico apropriado, rastreamento para hipertensão e diabetes, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, programação da primeira consulta odontológica, avaliação de alterações na mucosa bucal, avaliação de necessidades de próteses dentaria, receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa, tiveram avaliação de risco de morbimortalidade em dia, avaliação da rede social, todos também receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, pratica regular de exercícios físicos e higiene bucal.

Também realizamos acompanhamento para todos os 9 idosos acamados e com problemas de locomoção da nossa área fazendo visita domiciliares e acompanhamento.

Para a realização destas ações foi necessário que a equipe se capacitasse, adquirindo conhecimento e experiência auxiliando a promoção de um trabalho integrado e eficaz. Também precisamos realizar um engajamento com a comunidade para conhecê-la melhor e aumentarmos nosso vinculo para que tivéssemos apoio da comunidade com a participação e colaboração destes nas atividades, e finalmente outro aspecto importante para os bons resultados da intervenção foi o apoio da gestão que foi extremamente participativa e preocupada em nos dar o retorno de todas as necessidades exigentes para o bom desempenho da intervenção.

Desde já agradecemos o apoio prestado no desenvolvimento de nossa intervenção, solicitando ainda uma maior participação de vocês em nossas atividades e solicitamos que continuem nos apoiando para dar seguimento a outras intervenções para outros grupos populacionais.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante doze semanas eu, Ismael Rizo Martinez, médico cubano pertencente ao Programa Mais Médicos para o Brasil, desenvolvi, juntamente com minha equipe uma intervenção para melhorar o atendimento aos idosos da comunidade da área da unidade básica Enedino Monteiro. As atividades fizeram parte do curso de especialização em saúde da família da UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão, que não mediram esforços para que nossos objetivos fossem alcançados.

Como sabemos, a população brasileira vem envelhecendo cada vez mais, sendo, portanto, muito importante darmos atenção especial à saúde dos idosos. Em geral, essa parcela da população apresenta doenças que duram por toda vida, exigindo muito tempo e atenção dos profissionais de saúde.

Na nossa unidade de saúde não havia até então um planejamento e avaliação das ações desenvolvidas exclusivamente para a população idosa. Desta maneira,

após analisarmos as prioridades da comunidade, concluímos que havia a real necessidade de realizar uma intervenção para organizar a assistência à saúde desses usuários. Através dela poderíamos entender a situação de cada um deles e planejar ações para melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Sendo assim, durante 12 semanas realizamos uma intervenção na nossa unidade onde participaram 180 pessoas idosas da área de abrangência a partir de 60 anos.

Ao final da intervenção todos eles tiveram avaliação multidimensional rápida, avaliação dos indicadores de fragilização na velhice, exame clínico apropriado, rastreamento para hipertensão e diabetes, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, programação da primeira consulta odontológica, avaliação de alterações na mucosa bucal, avaliação de necessidades de próteses dentária, receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa, tiveram avaliação de risco de morbimortalidade em dia, avaliação da rede social, todos também receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios físicos e higiene bucal.

Também realizamos acompanhamento para todos os 9 idosos acamados e com problemas de locomoção da nossa área fazendo visita domiciliares e acompanhamento.

Sendo assim, desejo ter a possibilidade de dar continuidade a esse belíssimo trabalho, que melhorou a atenção a estes usuários e contou com o apoio dos profissionais e da comunidade. Para isto, espero que a gestão e os usuários da UBS continuem dando o apoio necessário para que a intervenção possa continuar a promover a saúde e o bem estar da população idosa da nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do meu trabalho no curso, as expectativas iniciais, o significado que o curso teve para minha prática profissional e os aprendizados foram como parte de um processo de educação permanente permitindo a qualificação da minha formação profissional, percebi que com o decorrer do curso melhorei a qualidade dos meus atendimentos na UBS, organizando o trabalho da equipe, conseguindo gerir melhor os serviços que prestamos na unidade, ganhamos uma maior participação comunitária na intervenção e no dia a dia do trabalho da unidade.

Durante a intervenção demos ênfase às capacitações sendo que a equipe participou de forma integral e juntamente com a comunidade realizamos a identificação e solução dos problemas de saúde que afetam nossa área de abrangência, isso trouxe um grande impacto para a comunidade levando a mudanças dos estilos de vida e dos indicadores de saúde.

Quanto à intervenção em si, percebemos que esta ação era necessária principalmente para melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos, aumentamos assim, as ações de promoção e prevenção de saúde e melhoramos a nossa prática clínica, bem como houve melhora da cobertura de atendimento, e atuou como ferramenta importante para o desenvolvimento de outras ações programáticas.

Ao final nossa equipe ganhou muito em experiência sendo muito útil este trabalho tanto para nós como para a comunidade e principalmente para as pessoas idosas que antes da intervenção estavam esquecidas e hoje isto é uma realidade a participação das pessoas nas atividades programadas na UBS, estas agora tem um olhar diferente e positivo da equipe, já os profissionais estão mais compreensivos em relação ao envelhecimento como problema de saúde em que para termos uma atenção de qualidade precisamos da cooperação da equipe, gestores de saúde, comunidade e principalmente da família nos cuidados dos idosos.

Sendo assim, minhas expectativas em relação à especialização foram cumpridas mediante a integração dos profissionais que puderam perceber a importância do processo de educação em saúde e importância da adesão dos usuários a nossa UBS para brindar atendimento de qualidade.

7 Referências

1. BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta: 1995.
2. BÉRIA, J.U. Prescrição de Medicamentos. In: Duncan BB; Schmidt MI; Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa. Brasília: 2013.

Apêndices

Anexo B – Planilha de coleta de dados

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

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	590
---	-----

OBSERVAÇÕES

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitar nas células C15, D15, E15 e F15.

*Estimativa de idosos no território

População total

4811

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

Estimativa de idosos (10% da população total)

481,1

Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.

Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)

38,488

Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5.

Anexo C – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante