

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ESF II - ZONA RURAL, EM
BAÍA FORMOSA/RN**

Karla Camila Rodrigues Silva de Freitas Macedo

Pelotas, 2015

KARLA CAMILA RODRIGUES SILVA DE FREITAS MACEDO

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO PSF II - ZONA RURAL, EM
BAÍA FORMOSA/RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Modalidade EaD, Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Chandra Lima Maciel

Co-orientadora: Bruna de Freitas Corrêa

Pelotas, 2015

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

M141m Macedo, Karla Camila Rodrigues Silva de Freitas

Melhoria da atenção à Saúde do Idoso no PSF II – Zona Rural, em Baía Formosa\RN / Karla Camila Rodrigues Silva de Freitas Macedo; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Assistência domiciliar. 5.Saúde Bucal. I. Maciel, Chandra Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus queridos usuários, colaboradores indispensáveis e corresponsáveis pelo sucesso alcançado.

AGRADECIMENTOS

À Deus, autor da vida;

À minha família, meu alicerce;

Ao meu esposo, companheiro de todos os momentos;

Às orientadoras, pela paciência e dom incansável de partilhar o saber.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	86
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	87
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	88
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	89
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	92
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabete Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CAP	Caderno de Ações Programáticas
HGT	Hemoglicoteste
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

Apresentação.....	11
1 Análise Situacional.....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	31
2.3.2 Indicadores.....	72
2.3.3 Logística.....	77
2.3.4 Cronograma.....	79
3 Relatório da Intervenção.....	80
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	80
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	81
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	82
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à	82

rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	
4 Avaliação da intervenção.....	83
4.1 Resultados.....	83
4.2 Discussão.....	93
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	95
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	96
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	98
Referências.....	100
Anexos.....	101
Anexo A: Ficha espelho	
Anexo B: Planilha de coleta de dados	
Anexo C: Documento do Comitê de Ética	

RESUMO

MACEDO, Karla Camila Rodrigues Silva de Freitas. **Melhoria da atenção à Saúde do Idoso no PSF II – Zona Rural, em Baía Formosa\RN.** 2015. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Dessa forma, o planejamento de ações em saúde para este público torna-se fundamental. Buscando melhorar a qualidade na atenção à saúde do idoso na cidade de Baía Formosa, propôs-se uma Intervenção direcionada a este grupo, em especial. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção ao idoso no PSF II – Zona Rural, na cidade de Baía Formosa, RN. Primeiramente foi realizada uma análise situacional, que nos permitiu conhecer a realidade do serviço e da comunidade, seguida da construção de um Projeto de Intervenção. A intervenção durou 12 semanas e além do aumento da cobertura do programa, desenvolveu ações de modo a melhorar a qualidade do atendimento prestado, a adesão, os registros, avaliação de risco e promoção da saúde. Todas as ações foram desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, o engajamento público e qualificação da prática clínica e os dados foram coletados da ficha espelho e posteriormente inseridos na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Do total de pessoas da área, 194 têm mais que 60 anos, o que representa um pouco mais de 10% da população. Com a intervenção foi possível alcançar a cobertura de 35%, valor ainda longe da meta de 100%, mas que com a continuidade das ações, certamente conseguiremos. Os indicadores de qualidade atingiram percentuais muito bons, a maioria em 100%, como Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia e a proporção de idosos com exame clínico completo, o que denota uma real melhoria dos atendimentos prestados a esta população. Apenas as ações de Saúde Bucal não puderam ser desenvolvidas, por conta da ausência do dentista da Unidade no período da intervenção. Dessa forma, pretendemos continuar desenvolvendo as ações, ampliando-as para todos os idosos da área, e garantindo uma assistência integral e de qualidade a todos.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Todo esse trabalho foi construído semanalmente em aproximadamente 11 meses, de março de 2014 a janeiro de 2015, sob constante orientação.

O trabalho aqui apresentado está dividido em cinco partes: 1 – Análise Situacional, onde apresentamos a situação encontrada na área, descrevendo aspectos particulares importantes da localidade, tanto relacionados à estrutura física quanto ao funcionamento do serviço; 2 – Análise Estratégica, onde consta o projeto elaborado voltado para a área foco da intervenção, nesse caso, saúde do idoso; 3 – Relatório da Intervenção, que caracteriza as ações realizadas ou não, principais facilidades e dificuldades durante as 12 semanas de Intervenção; 4 – Avaliação da Intervenção, onde estão expostos os Resultados, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, a discussão destes resultados, além de relatórios específicos para os gestores e para comunidade; 5 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, que consta de uma análise comparativa entre nossas expectativas iniciais e os ganhos profissionais e pessoais obtidos com o curso. Finalizando o volume, temos a bibliografia utilizada, os anexos utilizados na execução do projeto e os apêndices..

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação

Trabalho como médica em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural do interior do RN, que tem suas particularidades. Quanto à equipe, possui 5 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de serviços gerais (ASG) e 1 motorista trabalhando comigo. De uma forma geral, a equipe é bem disposta, acata novas idéias com facilidade, gosta de se comunicar entre si e tem proximidade com a população do lugar. Uma coisa que realmente me encantou é o fato de todos ali (equipe + população) parecerem pertencer à uma mesma família: todo mundo se conhece por nome e sobrenome, sabe das ocupações de cada um, assim como onde moram e a quanto tempo, quais as patologias que eles têm e quais medicações usa. Esse fato, típico de cidades do interior do estado, facilita muito o trabalho da equipe, por isso considero um ponto vantajoso.

Outro ponto particular da zona rural é o fato de não trabalharmos em uma sede fixa: sou responsável por 4 distritos distintos, que são comunidades distantes do centro da cidade e de qualquer outra localidade. Por isso, em cada distrito que vamos, temos uma sede que nos abriga, onde prestamos todos os atendimentos necessários. Cada sede tem sua peculiaridade, portanto falarei de cada uma separadamente.

- 1) Distrito – Destilaria: É onde eu passo a maior parte do tempo, pois é a sede mais próxima do centro da cidade e onde me encontro com a equipe todos os dias, para de lá irmos juntos para os outros distritos. Lá, fazemos atendimento médico e de enfermagem duas vezes por semana, atendendo a demanda espontânea mais aquela trazida pelos ACS, e fazemos visita domiciliar segundo a demanda (só há um paciente com dificuldade de locomoção no momento e que necessita de visitas constantes). Quanto à estrutura, a unidade deixa muito a desejar: funcionamos em uma casa típica do conjunto habitacional, com uma recepção, arquivo e sala de acolhimento usada pelos agentes, tudo isso no mesmo cômodo. Além disso,

temos uma cozinha, um banheiro e 3 consultórios, sendo um deles odontológico. Não há nenhum recurso tecnológico como computadores ou ar condicionados nesta sede (aliás, não há em nenhuma das unidades).

- 2) Distrito- Sagi: É uma praia, onde se vive muito pacatamente da pesca e do turismo, basicamente. Esta sede é a mais nova, foi reformada a menos de um ano e tem a melhor estrutura entre as 4 sedes. Tem recepção, consultórios médico, de enfermagem e odontológico, arquivo, copa, banheiros para usuários e funcionários e sala para dispensação de medicação. Lá, a população é assídua e parece gostar de frequentar a unidade. Fazemos atendimentos semanais e 11 visitas domiciliares por mês. Encontrei uma peculiaridade nesta região: grande parte da população faz uso de medicações controladas, principalmente benzodiazepínicos. Ainda não encontrei a origem do problema, mas estou em busca!
- 3) Distrito – Pituba: É a localidade mais populosa e com maior demanda de atendimentos. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é pequena e constantemente não consegue recepcionar bem todos os usuários que esperam para serem atendidos. Também temos uma estrutura básica de consultórios, recepção, sala para dispensação de medicamentos e banheiro. Lá, fazemos 2 dias semanais de atendimentos e visitas domiciliares mensais, de acordo com a demanda. Este distrito enfrenta um problema em particular: o uso de drogas ilícitas, principalmente por homens jovens. Nossa equipe está planejando uma ação estratégica na comunidade, que possivelmente será feita nas escolas da região.
- 4) Distrito – Estreito: É a sede mais distante (fica a aproximadamente 40 minutos do centro) e com acesso mais difícil. É também a UBS com menor demanda, visto que toda a população residente ali é composta por famílias de funcionários de uma empresa com sede no local, número que gira em torno de 40 casas. Além disso, é a sede com pior estrutura física: não tem boa iluminação, o calor chega a ser insuportável, as mesas dos consultórios estão em estado avançado de oxidação. Conta com dois consultórios, sala para

dispensação de medicamentos e banheiros. As visitas domiciliares são mensais.

Enfim, pelo relato dá pra perceber que quanto à estrutura, as unidades deixam muito a desejar. Mas, apesar desses problemas, eu estou satisfeita em trabalhar nesta localidade: o serviço é dinâmico, pois todos os dias estamos em locais diferentes, atendendo pessoas diferentes e visitando lugares que ainda não tinham sido assistidos anteriormente. Definitivamente, não há lugar para monotonia! Há muitos desafios e obstáculos a serem vencidos, assim como em todas as localidades com ESF, mas acredito que seremos capazes de mudar a realidade e o conceito de saúde pública na zona rural de Baía Formosa.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Trabalho há quase três meses em Baía Formosa, uma cidade a quase 80 km de Natal, capital do estado. Com uma população de aproximadamente 8.700 habitantes, a cidade tem como principal pilar da economia o turismo, seguido pela atividade industrial e comércio, advindas principalmente das usinas açucareiras. Para atender toda essa população, contamos com 3 ESF, sendo 2 pertencentes à área urbana e 1 para atender a zona rural da cidade, sendo esta a minha equipe. Sob a minha responsabilidade, estão 4 distritos, cada um com a sua (UBS. Dessa forma, divido os meus atendimentos na semana entre os 4 locais. Não contamos com um hospital para referência em atenção terciária, mas temos um serviço de pronto-atendimento, funcionando aos 'trancos e barrancos', com um médico plantonista no local, por turno, sem muita diversidade de medicações e equipamentos. Quando há extrema necessidade de atendimento de urgência mais eficiente, a população procura ir, por conta própria, buscar atendimento nos municípios vizinhos (e quando são atendidos por nós nas UBS e necessitam de encaminhamento para este tipo de serviço, temos acesso aos serviços do hospital geral de Natal, o Walfredo Gurgel). Há também uma grande carência quanto aos atendimentos feitos por especialistas: o único serviço oferecido na cidade é o de Reumatologia. Se algum paciente necessitar de atendimento especializado, ele o

fará em Natal, com marcação das consultas via Secretaria de Saúde do município. No momento, não temos serviços de laboratório e acesso a qualquer exame complementar na própria cidade: a prefeitura tem alguns convênios para a realização destes com algumas cidades vizinhas e com Natal, dependendo da complexidade exigida (na realidade, a cidade dispõe de laboratório, mas desde que eu cheguei ao serviço, ele não funciona, por motivos de falta de estrutura e no momento encontra-se fechado pela Vigilância Sanitária).

Como já mencionei anteriormente, eu trabalho na zona rural da cidade, atendendo uma população de aproximadamente 1.800 pessoas, sendo a maioria dela formada por mulheres (61%), portanto, estamos dentro da faixa populacional ideal preconizada pelo Ministério da Saúde(MS), sendo uma população menor que 3 mil habitantes para cada ESF. Há apenas 1 ESF trabalhando na zona e ela é composta por 1 enfermeira, 5 ACS, 1 dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 técnica de enfermagem e 1 motorista, além da minha pessoa. De uma forma geral, a equipe é bem disposta, acata novas idéias com facilidade, gosta de se comunicar entre si e tem proximidade com a população do lugar. Uma coisa que realmente me encantou é o fato de todos ali (equipe + população) parecerem pertencer à uma mesma família: todo mundo se conhece por nome e sobrenome, sabe das ocupações de cada um, assim como onde moram e a quanto tempo, quais as patologias que eles têm e quais medicações usa. Esse fato, típico de cidades do interior do estado, facilita muito o trabalho da equipe, por isso considero um ponto vantajoso. Outro ponto particular da zona rural é o fato de não trabalharmos em uma sede fixa: os distritos são comunidades distantes do centro da cidade e de qualquer outra localidade. Por isso, em cada distrito que vamos, temos uma sede que nos abriga, onde prestamos todos os atendimentos necessários.

Como se pode observar, não temos a grande maioria das salas preconizadas pelo MS, sendo a estrutura básica das unidades composta por ambiente usado como recepção/ almoxarifado/ sala para ACS, consultórios médico, odontológico e de enfermagem, sala de preparo. Dos ambientes preconizados que não temos, acho que os mais necessários são sala para pequenos procedimentos (curativos, suturas) e farmácia com armazenamento apropriado para medicações e vacinas, visto que precisamos levar todo esse material para cada unidade que vamos, por não ter como armazená-los nas próprias unidades, sendo esta questão uma limitação

observada. Outra prioridade de enfrentamento é quanto ao destino dos resíduos: só produzimos resíduos dos grupos D e E, não tendo um sistema bem organizado de coleta desse material. Todo o lixo comum é recolhido pela prefeitura, duas vezes por semana, usualmente. Já os perfuro-cortantes são levados pela equipe para despejo ao centro do município. A ambiência dos locais também não é das melhores: os espaços não são amplos, não há boa sinalização de todas as salas em todas as unidades, não há banheiros especiais para deficientes bem como rampas de acesso planejadas para cadeirantes. Não há sinais sonoros nem comunicação em braile, existindo apenas em uma unidade painéis com informações sobre a estrutura da UBS. Em algumas unidades não há sequer bebedouros. A iluminação é feita artificialmente, sendo satisfatória. Já a ventilação é praticamente inexistente, e mesmo com ventiladores, fica impossível usar uma bata, por exemplo. Os pisos e paredes são feitos de materiais lisos, mas não laváveis, assim como portas e janelas.

Enfim, pelo relato dá pra perceber que quanto à estrutura, as unidades deixam muito a desejar. Mas, apesar desses problemas, eu estou satisfeita em trabalhar nesta localidade: o serviço é dinâmico, pois todos os dias estamos em locais diferentes, atendendo pessoas diferentes e visitando lugares que ainda não tinham sido assistidos anteriormente. Definitivamente, não há lugar para monotonia!

Sabemos que trabalhar com a ESF não é fácil, principalmente com relação ao trabalho em equipe, fundamental para que tenhamos um bom andamento nas atividades propostas. Na minha localidade, tenho uma equipe boa, de ACS dispostos, competentes e abertos a críticas construtivas. Elas, juntamente com a técnica de enfermagem, são responsáveis pelo acolhimento da população na unidade. Sinto que os usuários têm muita confiança nelas e no trabalho que exercem, e apesar de não termos a estrutura ideal para prestar um serviço como esse de excelente qualidade, eles conseguem atingir um nível de relacionamento e comunicação satisfatórios. Claro que não temos um corpo de funcionários integralmente iguais (algumas ACS são menos dispostas e abertas a mudanças), mas estamos atingindo aos poucos nossos objetivos, e os que ainda não estamos conseguindo, estamos nos planejando para conseguirmos. Lá, o maior "problema" é a indisposição de alguns funcionários. Alguns já trabalham com saúde coletiva à algum tempo, e não parecem tão abertos à novas experiências, não sei se é por

estarem saturados do serviço ou por não terem o perfil necessário para trabalhar com o enfoque que o programa necessita. Já ouvi muitas reclamações tanto por parte dos usuários quanto dos membros da equipe com relação à estes pontos, o que acaba distanciando um pouco a população da UBS e dos serviços prestados por nós.

Portanto, quando falamos sobre as atribuições dos profissionais, percebemos que para que nós consigamos preencher de forma completa todos os critérios cabíveis é necessário que, em primeiro lugar, tenhamos consciência do que realmente somos, qual nossa importância no serviço e quais os objetivos gerais do nosso trabalho. Portanto, acredito que uma prioridade de enfrentamento é nos ajudarmos com relação a esse aspecto através de conversas nas reuniões de planejamento e avaliação das ações e atendimentos do mês, mostrando-nos que há normas e diretrizes previamente elaboradas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) que podem otimizar nosso trabalho quanto ESF. Outra prioridade de enfrentamento é a questão da busca ativa dos usuários, afim de reconhecer suas principais necessidades quanto aos serviços de saúde que podem ser prestados. Observo que não há integração da equipe para realizar tal atividade, deixando essa responsabilidade, quase que exclusiva, para os ACS. Uma possibilidade para resolver a questão é fazer com que todos os membros da equipe participem desse processo, cada um em sua área específica, ajudando na construção dos resultados.

O acolhimento na minha unidade é feito pelas equipes de referência do usuário (ACS da área e pela técnica de enfermagem). Como não disponibilizamos de muito espaço nem de boa estrutura física, ele é feito na própria entrada na unidade e nos corredores. Todos os usuários, sejam eles demanda espontânea ou de consultas agendadas, esperam ser atendidos no mesmo espaço que funciona também como uma recepção. Algo que ainda é uma deficiência nossa é a quase inexistente classificação de risco. Como em boa parte das vezes não conseguimos fazer atendimentos voltados aos grandes grupos, é comum vermos gestantes esperarem para ser atendidas depois de adultos jovens hipertensos e diabéticos, por exemplo. Além disso, ainda não há o conhecimento claro sobre o atendimento de situações agudas e não agudas por parte das pessoas que fazem o acolhimento e triagem dos usuários.

Os problemas relacionados à demanda de atendimento são bem frequentes na minha localidade. Como em cada distrito da zona rural só há um ou dois dias de atendimento para o local, grande parte das consultas eram feitas sob o regime de demanda espontânea, com poucas consultas marcadas para o dia. Apesar da maior parte dos atendimentos dessa demanda não exigirem atendimento imediato e nem mesmo no dia, isso dificultava muito o meu processo de atendimento aos usuários que estavam marcados ou que realmente necessitavam de uma intervenção rápida, pois eu deixava de fazê-lo para atender uma "super demanda" surgida do nada. Com a percepção de tal realidade, fui aos poucos conversando e explicando aos ACS e à técnica de enfermagem como deveriam fazer a triagem e orientações quanto à demanda. Ainda estamos engatinhando nesse processo, mas já consigo ver melhoras nítidas: elas estão aprendendo a informar os usuários que é necessário agendar consultas previamente (se os acometimentos não forem agudos, é claro) e estão aprendendo a fazer uma triagem para a ordem dos atendimentos, respeitando as prioridades de atenção, para isso estamos usando a escala de cores, que são marcadas nos prontuários dos usuários. Usamos a cor azul para aqueles usuários que agendaram suas consultas, a cor amarela para aqueles que necessitam de atendimento por algum acometimento agudo, mas que pode esperar para ser atendido após os usuários marcados e, por fim, usamos a cor vermelha para os usuários com acometimentos agudos que necessitam de atendimento imediato.

Temos uma população variada, que de forma geral, se encaixa nos denominadores previstos pelo caderno de ações programáticas (CAP), mas considero o serviço de puericultura um dos que mais precisa de atenção em nossa área: temos 24 crianças menores de um ano e todas elas são acompanhadas na unidade. Apesar do indicador de cobertura ser alto (92%), os indicadores de qualidade demonstram um grande déficit na atenção à saúde da criança. Apenas 42% das crianças estão com as consultas em dia, de acordo com os parâmetros do MS, totalizando as 7 consultas antes do primeiro ano de vida (58% atrasaram suas consultas em mais de 7 dias). Apesar desse fato, 100% das crianças consultaram nos primeiros 7 dias de vida. Há grande dificuldade quanto à realização do teste do pezinho até sete dias após o nascimento e à avaliação auditiva das crianças, pois não há este serviço na própria cidade, dependendo de pactuações com profissionais

autônomos e com outros municípios. Também devido à falta de odontólogos na nossa área, poucas crianças menores de um ano realizaram avaliação da saúde bucal (29%). Em contrapartida, os denominadores que refletem ações que dependem da equipe em si estão muito satisfatórios: 100% das crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, tiveram orientações quanto ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e prevenção de acidentes, assim como orientações sobre os cuidados nos primeiros dias de vida. Quanto à vacinação, 92% das crianças menores de um ano estão com as vacinas em dia (acredito que a cobertura não é total devido ao fato de muitas famílias estabelecerem domicílio também em outras cidades, principalmente no interior da Paraíba, que dificulta o perfeito cumprimento do calendário vacinal).

A UBS realiza atendimentos voltados à Puericultura uma vez por semana em cada distrito da área, atendendo todas as crianças de 0 a 72 meses, residentes na zona urbana. Eles são realizados por mim e pela enfermeira, de forma alternada. Até o momento, não conseguimos atingir a meta quanto ao correto agendamento das consultas, culminando no atraso delas, e este é um aspecto que deve ser melhorado. Outro aspecto que também merece nossa atenção é o fato de termos uma grande demanda de problemas de saúde agudos entre as crianças, muitas vezes dificultando o atendimento às outras faixas etárias que estão na mesma situação. A fim de melhorar esse aspecto, mais um turno poderia ser disponibilizado para os atendimentos da Puericultura, desafogando os horários já comprometidos. Apesar de procurarmos seguir as normas e determinações do MS sobre estes tipos de atendimento, ainda não seguimos um protocolo único para realizá-los. Esse é um importante contribuinte para melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança, já que seria possível realizar avaliações fiéis do serviço, assim como uniformizar todas as ações de promoção à saúde realizadas pela equipe.

Quanto à atenção ao pré-natal, a cobertura é de 71%, sendo que os dados reais não foram exatamente iguais aos supostos pelo caderno, o que resultou em uma diferença de números. Tenho 24 gestantes na área e apenas 1 delas não faz pré-natal, apesar das insistentes tentativas da equipe de trazê-la ao serviço e da busca ativa feita por nós. Portanto, considero nossa cobertura ótima. Acredito que temos, no geral, bons indicadores de qualidade pré-natal, pois em todos os parâmetros colocados pelo caderno, conseguimos atingir sempre percentuais

maiores que 70%, principalmente por saber que uma boa assistência pré-natal, baseada em uma frequência boa de consultas (no mínimo 6), assim como a qualidade delas (que podem ser obtidas pelos 10 passos sugeridos pelo MS, por exemplo), é o marcador que mais pode diminuir a mortalidade materno-infantil brasileira. Na nossa localidade, o indicador mais deficiente foi a avaliação da saúde bucal, já que sofremos períodos de falta de dentista na área, o que acabou afetando também este serviço (apenas 15% das gestantes passaram por alguma avaliação odontológica). Todas as gestantes foram triadas para diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM), contudo não temos nenhuma gestante com diagnóstico de HAS gestacional, até o momento. Já com relação à DM, duas gestantes já possuíam o diagnóstico da doença, fazemos apenas o acompanhamento. Temos um serviço de vacinação muito eficiente na área, estando 100% das nossas gestantes vacinadas tanto para Tétano quanto para Hepatite B (esquema completo ou em construção, com datas previstas para término das doses antes do parto). Da mesma forma, todas as nossas gestantes estão em uso de Sulfato Ferroso conforme as orientações do MS, assim como todas elas tiveram orientações sobre o AME, ressaltando a importância da manutenção do aleitamento até os seis meses de idade, assim como de esclarecimentos sobre possíveis dificuldades que serão encontradas inerentes ao processo. Apesar de todas as grávidas da área ter os exames complementares necessários solicitados em suas primeiras consultas, é muito comum que só recebamos os resultados de forma atrasada, já tendo acontecido de uma gestante chegar a apresentar os resultados no terceiro trimestre. Infelizmente, essa é uma limitação do serviço público oferecido à comunidade, representando uma importante prioridade de enfrentamento.

Assim como a assistência pré-natal, o puerpério também é um importante foco de atenção à saúde pública de qualidade. Na nossa localidade, porém, alguns dos indicadores apresentam importantes deficiências. Nós temos um total de 21 consultas puerperais, número menor que o estimado pelo CAP (que seria de 26 consultas), por isso, temos uma cobertura de 81%, que eu considero uma boa cobertura. Apesar de todas as puérperas terem sido atendidas até 42 dias após o parto, suas consultas registradas e todas as orientações sobre AME, planejamento familiar e cuidados básicos dos recém nascidos, algumas delas não tiveram as mamas examinadas, pois nem todas as consultas foram feitas com o médico, e sim

com os demais profissionais da equipe. Todas elas tiveram acompanhamento quanto à ocorrência de complicações neste período, mas nem todas tiveram o abdome examinado (ou pelo menos não há registro dessa ação). Tal fato é importante, a fim de acompanhar a regressão uterina, assim como quantificar queixas de dor pélvica, por exemplo. Um dado que relata uma deficiência na atenção ao puerpério é que apenas 57% das mulheres fizeram exame ginecológico, sendo a grande maioria deles realizado tardiamente.

Temos um cronograma de consultas de pré-natal pré-estabelecido mensalmente, durante as reuniões de equipe. Cada dia da semana existem gestantes pertencentes a nossa área em um distrito recebendo este tipo de atendimento, durante um horário corrido (nos dois turnos, se necessário), feito por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS da área). As consultas são agendadas conforme as semanas de gestação (mensal até as 28 semana, quinzenal entre 28 e 36 semanas e semanais após as 36 semanas), existindo a possibilidade de atendimentos à gestantes com queixas agudas, contudo esta não é uma demanda importante na nossa área. Não existe um protocolo que normatize e padronize todos os nossos atendimentos às gestantes, sendo esta uma prioridade de enfrentamento, pois nos possibilitaria melhorar a qualidade da atenção pré-natal e acompanhar melhor todos os dados e indicadores importantes de forma mais ágil, como quadro vacinal, orientações quanto AME e cuidados após o parto, gestantes com diagnóstico de HAS e DM, gestacionais ou não, etc.

Uma ação também preconizada pelo MS é a realização de atividades em grupo com todas as gestantes, que abordem assuntos como planejamento familiar, prática de atividades físicas, alimentação saudável, avaliação da saúde bucal e riscos quanto ao consumo de álcool, drogas e cigarro, por exemplo. Infelizmente, até hoje não realizamos nenhuma atividade assim, mas essa também é uma prioridade para melhorar nosso serviço.

Por fim, percebi uma necessidade importante, mas que até então não percebia: a necessidade de haver uma equipe que avalie e coordene todas as ações prestadas por nós nesse âmbito. Essa seria uma forma de monitorar as consultas, perceber as falhas e colocá-las em pauta, a fim de melhorar nossa qualidade de atenção ao pré-natal.

Em nossa UBS, poucas são as atividades voltadas à prevenção de câncer do colo do útero e de mama. As citologias oncóticas são colhidas pela enfermeira da equipe, que se dá através da demanda espontânea de usuárias que chegam à unidade ou são referenciadas pela ACS de sua área. Durante as consultas médicas, as mulheres têm suas mamas examinadas, sobretudo quando há queixas relacionadas. Não há outras ações, como palestras educativas, coletas de citologias em massa ou grupos de discussão sobre o assunto. A cobertura para o câncer de colo de útero está em 87%, porém 77% das mulheres entre 25 e 64 anos estão com exame citopatológico em dia. Indicadores como, exames coletados com amostras satisfatórias e com células representativas da junção escamocolunar não puderam ser calculados pela falta de dados disponíveis. O total de mulheres acompanhadas para prevenção do câncer de mama chega a 95%, uma cobertura boa. Destas, 73% estão com a mamografia em dia, e todas foram tiveram avaliação de risco para câncer de mama e foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama.

Em nossa localidade, os problemas de saúde mais comuns são relacionados à presença de HAS e DM, situação esta que reflete a situação do nosso país. Apesar de ter tido dificuldades para analisar objetivamente a situação do serviço de saúde a essa demanda por falta ou falha em alguns registros, tenho certeza que a situação não é das melhores. Segundo o CAP uma cobertura de apenas 44% para HAS, o que considero uma péssima cobertura, apesar de ter certeza que a nossa cobertura é maior que a demonstrada, pois não dispomos de registros fidedignos. Ainda 27% dos usuários têm algum grau de atraso em suas consultas e apenas 13% tem seus exames de rotina atualizados. Até o momento, não temos dados quanto à estratificação do risco cardiovascular e à avaliação da saúde bucal, mas essa será uma meta estabelecida a partir de então.

O atendimento aos usuários hipertensos ocorre em todos os dias da semana em algum dos distritos, pois até agora não conseguimos estabelecer apenas um dia da semana para fazê-lo, especificamente. Durante estas consultas, verificamos a pressão arterial e o peso dos usuários, o questionamos sobre a presença de queixas agudas, intercorrências, uso regular das medicações prescritas e realização dos exames de rotina para a doença em questão. Além disso, realizamos o exame clínico geral e específico, voltado para alguma queixa que o usuários tenha citado e renovamos a receita de suas medicações. Baseando-me em todas essas

informações e nos dados analisados, pude perceber que algumas ações poderiam melhorar a nossa atenção à HAS, como por exemplo: estabelecer uma semana do mês exclusivamente para realizar os atendimentos dos usuários hipertensos, já que temos que fazer os atendimentos em quatro UBS diferentes, aumentando a aderência dos usuários ao tratamento e o comparecimento às consultas. Apesar de já termos feito a primeira ação com um grupo de hipertensos nestes 3 meses de trabalho, devemos aumentar a frequência dessas ações, que ainda é pequena. Procuramos seguir o protocolo do MS, dado como referência para as nossas atividades da semana, mas não conseguimos atingir todos os objetivos preconizados, principalmente com relação aos exames de rotina e acompanhamento com especialistas de forma periódica, exigida aos usuários hipertensos. Também poderíamos fazer atividades de rastreamento de usuários assintomáticos, com ou sem fatores de risco e que podem ser portadores da doença, mas sem diagnóstico até o momento e isto nos ajudaria a aumentar a cobertura da área.

Assim como na atenção aos usuários hipertensos, nossa cobertura dos usuários com diagnóstico de DM deixa muito a desejar: de acordo com o caderno, temos uma cobertura de 22%, o que não considero uma boa cobertura, apesar de saber que os dados não estão atualizados o bastante para termos uma informação mais condizente com a realidade. Não foi possível avaliar os indicadores quanto à avaliação do risco cardiovascular, sensibilidade dos pés e avaliação da saúde bucal, pois não havia registro dos dados. Apenas 30% dos usuários têm os seus exames em dia, assim como suas consultas. Só 61% dos usuários já tiveram os pés examinados por um profissional médico ou enfermeiro, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Todos recebem orientações quanto à prática de exercícios físicos e orientações nutricionais, sobre como manter uma dieta ideal para diabéticos.

Na área de cobertura, nossos atendimentos aos usuários com DM são feitos sobre livre demanda, ou seja, não temos um dia específico para recebermos esse público, portanto uma ação que aumentaria o fluxo desses usuários na unidade e o provável aumento na adesão do tratamento seria estabelecer uma semana fixa, mensal, para atendimentos desse público específico, nas 4 UBS da área. Outra orientação que poderia trazer mudanças na cobertura do DM seria sobre a triagem prévia dos usuários: atualmente, só realizamos a glicemia capilar nos usuários já

sabidamente diabéticos. Poderíamos passar a realizá-lo em usuários com fatores de risco para desenvolvimento da doença ou com sinais e sintomas típicos do acometimento. Assim, aumentaríamos a taxa de diagnóstico desta patologia. Os atendimentos são feitos apenas por mim, o que seria um problema se conseguíssemos aumentar a demanda dos atendimentos. Se isso realmente acontecer, como o esperado, teremos que fazer os atendimentos de maneira a distribuir as consultas entre eu e a enfermeira. Outra ação útil na melhora da qualidade da atenção à DM seria a formação de grupos para atividades educativas e de prevenção aos agravos trazidos pela doença, coisa ainda inexistente em nossa área.

Apesar de todas as dificuldades encontradas na avaliação de todos esses grupos, a análise mais complicada de se fazer foi a relacionada aos idosos. Infelizmente, tínhamos pouquíssimos registros dos dados solicitados e de importância para quantificarmos a qualidade da atenção prestada a eles. Temos 167 idosos na área de cobertura, o que nos deu um valor de 86% de cobertura, estando 8% deles com seu acompanhamento em dia. Como já foi dito, alguns indicadores como realização da avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação dos indicadores de fragilização na velhice não foram pesquisados e quantificados, pois não fazíamos estas avaliações de maneira protocolada, e quando a fazíamos, de maneira informal, não registrávamos essas atividades no prontuário clínico. Nenhum dos nossos idosos possui caderneta de saúde da pessoa idosa. Um aspecto que considero de extrema importância para a ampliação dos atendimentos aos idosos na nossa área é dar um enfoque maior às ações coletivas, visando tanto a prevenção de doenças como controle dos agravos. Na pouca experiência que tive, percebi que este público é muito aberto a conversas, a ensinamentos novos sobre patologias comuns ao grupo, assim como são muito dispostos e receptivos a novas atividades em conjunto. A realização de atividades como essas também me fez ganhar mais confiança por parte dos idosos, tanto no que eu recomendo quanto ao tratamento que proponho para os agravos à saúde que eles desenvolvem, pois eles percebem que você dá atenção ao que eles sentem e se importa com eles. Enfim, é uma experiência produtiva e que pretendo ampliar cada vez mais.

Outro ponto que vale a pena ser implantado é a reserva de, pelo menos, um

horário na semana para atender especificamente o grupo de idosos. Acredito que isto aumentaria a frequência deles na UBS, assim como a adesão aos tratamentos propostos e atividades realizadas. Também nos permitiria ter um controle maior quanto ao número de pessoas desta faixa etária que estão sendo atendidas, quais as principais queixas apresentadas, quais as deficiências que estamos apresentando ao atendê-las e como podemos corrigi-las, a fim de oferecer uma atenção à saúde de melhor qualidade.

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

Ao longo de toda essa análise situacional, pude constatar que há inúmeros pontos na nossa abordagem à atenção à saúde que estão fora dos padrões estabelecidos pelos protocolos e normas do MS. Na realidade, quando comparo a minha visão sobre a situação da minha ESF no começo da especialização e a que tenho agora, percebo que a maioria dos problemas por mim listados na ocasião ainda estão lá. O que realmente mudou nesse tempo foi a minha visão sobre eles: antes, achava que a maioria dos obstáculos que eu enfrentaria não estava sob minha responsabilidade e eu acabava pensando que não teria nenhuma governabilidade sobre eles. Agora, tenho plena convicção de, realmente, não vou conseguir resolver todos os impasses estruturais existentes na minha localidade, assim como provavelmente não vou conseguir melhorar totalmente os problemas de relacionamento entre as pessoas da equipe e resolver os problemas gerados pela má gestão pública, mas sei que muito posso fazer. Agora, conheço bem melhor a minha realidade, sei quais as principais fragilidades da minha zona de atuação, sei quais os pontos fortes e fracos que me rodeiam. Assim, mesmo não conseguindo 'mudar o mundo', acredito que vou trazer um impacto positivo à população assistida, já que conheço as principais orientações que poderão me levar a trilhar um caminho que culmine na oferta de uma saúde pública de qualidade.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1. Justificativa

Todos que trabalham na saúde pública sabem que "ter saúde" não é apenas a ausência de doenças, mas engloba uma variedade de outros fatores que contribuem para o estabelecimento dessa saúde. Ter longevidade e saúde, sem dúvida, é um triunfo. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de "envelhecimento ativo" que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. Dessa forma, o planejamento de ações em saúde para este público torna-se fundamental (BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006).

Nossa localidade de atuação tem cerca de 1800 pessoas e para atendê-las, contamos com quatro UBS na zona rural, sendo uma em cada distrito. Todas elas têm estruturas muito precárias, que nem chegam perto do que exige o MS. Este fato prejudica a acessibilidade do nosso público - alvo à UBS, pois eles geralmente se queixam da dificuldade de acesso do local. Nossa equipe conta com cinco ACS, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista e uma médica.

Do total de pessoas da área, 194 têm mais que 60 anos, o que representa um pouco mais de 10% da população. Apesar de termos um bom índice de cobertura dos serviços à este público, de 86%, a qualidade dos nossos serviços deixava muito a desejar. A população idosa costuma frequentar a unidade de saúde, mas apenas para tratar de agravos causados por doenças comuns nessa faixa etária. Sabendo que a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos. Percebi então que nossa unidade não fazia ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, de prestação e cuidados continuados e de reabilitação de idosos.

Nossos indicadores refletem a carência dos nossos serviços na área: nenhum dos nossos idosos tem realizado a Avaliação Multidimensional Rápida, menos de 10% deles tem seus exames complementares em dia e nenhum deles foi avaliado em uma consulta odontológica eletiva. Além disso, não temos registros específicos desta população e nenhum possui a Caderneta do Idoso. Apesar de todos serem orientados quanto à promoção à saúde (alimentação saudável, e prática regular de atividade física), nenhum foi avaliado especificamente quanto ao seu grau de fragilidade, assim como os riscos de morbidade presentes.

Sem dúvidas, nosso projeto de intervenção não é uma atividade simples a cumprir. Pelo fato de não termos nenhuma ação direcionada a esse público-alvo, teremos que começar tudo "do zero". As principais dificuldades serão: elaborar uma ficha para atendimento em tempo hábil, providenciar materiais necessários, como a caderneta do idoso, por exemplo, e conseguir grande adesão do público, já que a maioria deles não está acostumada à prevenir doenças, mas sim tratar agravos. Para atingirmos todos esses objetivos, a participação da equipe no processo será fundamental. Os ACS, como o principal elo entre a ESF e a população, terão um papel fundamental, trazendo o público para as ações e identificando as particularidades de atenção. O dentista tentará implantar o atendimento especializado aos idosos, atendendo-os em suas principais necessidades. Enfim, cada um terá sua importância no projeto, e no fim, conseguiremos atingir com louvor todos os nossos objetivos.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso no PSF II – Zona Rural, na cidade de Baía Formosa, RN.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- 2 Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso;
- 3 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- 4 Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde;

- 5 Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
- 6 Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde Bucal do Idoso;
- 7 Melhorar o registro das informações;
- 8 Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- 9 Promover a saúde dos idosos.

2.2.3. Metas

SAÚDE DO IDOSO

Objetivo 1: Cobertura

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

Objetivo 2: Qualidade

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

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

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

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados no programa;

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Adesão

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

Objetivo 4: Registro

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

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

Objetivo 5: Avaliação de risco

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

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

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

Objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

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

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Objetivo 1: Cobertura

Meta 1.1: Realizar a primeira consulta odontológica programática a 100% dos idosos;

Meta 1.2: Realizar ações coletivas para 100% dos idosos.

Objetivo 2: Qualidade

Meta 2.1: Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos;

Meta 2.2: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;

Meta 2.3: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 3: Adesão

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática;

Meta 3.2: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Objetivo 4: Registro

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal;

Meta 6.2: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3. Metodologia

2.3.1. Ações (com detalhamento)

SAÚDE DO IDOSO

Objetivo 1: Cobertura

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Faremos isso pelo acompanhamento das fichas-espelho e preenchimento das planilhas

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento da Ação: Promover rodas de conversa antes dos atendimentos, fazê-los sentir confortáveis e à vontade na recepção da UBS.

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

Detalhamento da Ação: Fazer busca ativa dos idosos, com o auxílio dos ACS, cadastrando no programa todos os nomes trazidos.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento da Ação: Reforçar a importância da atualização dos dados junto à equipe.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Conversas com os idosos durante as consultas podem encorajá-los a fazer acompanhamento regular na UBS, incentivando o convite de outros idosos a participarem também

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

Detalhamento da Ação: Comunicar durante os atendimentos de rotina sobre a existência do programa, para que os próprios usuários possam trazer familiares e vizinhos ao programa.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento da Ação: Realizar treinamento através de reuniões prévias, justificando a escolha do tema do projeto, detalhando as ações previstas, distribuindo funções e apresentando os materiais e referências bibliográficas a serem usadas.

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

Detalhamento da Ação: Orientando os ACS a trazer o nome de todos os idosos de suas áreas e incentivando-os a fazer a busca ativa.

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

Detalhamento da Ação: Apresentando as diretrizes da política e oferecendo material para pesquisa e leitura

Objetivo 2: Qualidade

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazendo o acompanhamento dos atendimentos pela ficha-espelho e planilhas.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS e solicitar os materiais necessários

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

Detalhamento da Ação: Distribuindo as tarefas de acordo com a função de cada funcionário nas reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Faremos isso conversando com os idosos durante as consultas e rodas de conversa

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

Detalhamento da Ação: Manteremos os usuários sempre bem informados dos próximos passos de nosso planejamento, assim ele poderá se sentir seguro da ação e servir como um canal entre a UBS e a comunidade

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação:Distribuindo as tarefas de acordo com a função de cada funcionário nas reuniões de treinamento e planejamento do projeto

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

Detalhamento da Ação: Explicando o que consiste a avaliação, mostrando o protocolo adotado pelo projeto e dividindo papéis conforme suas funções.

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

Detalhamento da Ação: Mostrar todos os pontos de corte nas avaliações de risco de cada escala e avaliação que será aplicada, incentivando a equipe a notificar qualquer caso que necessite de encaminhamento

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Distribuindo as tarefas de acordo com a função de cada funcionário nas reuniões de treinamento e planejamento do projeto

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

Detalhamento da Ação: Orientando a observação e posterior notificação daqueles idosos que não tem o registro do exame completos em suas fichas-espelho, para que possam ser feitos na próxima consulta

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

Detalhamento da Ação: Encaixando-os nos horários de atendimento especificamente voltados para os idosos (semanalmente)

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

Detalhamento da Ação: Quando necessário, entregar encaminhamentos para especialidades na primeira consulta, orientando os usuários a procurarem a marcação dos mesmos o mais breve possível

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Durante as consultas, conversar sobre suas condições patológicas atuais, explicando os riscos e complicações de seus acometimentos, incentivando o acompanhamento periódico destes usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Distribuindo as tarefas de acordo com a função de cada funcionário nas reuniões de treinamento e planejamento do projeto. Prioritariamente, o exame clínico fica a meu cargo.

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

Detalhamento da Ação: Distribuindo as tarefas de acordo com a função de cada funcionário nas reuniões de treinamento e planejamento do projeto

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

Detalhamento da Ação: Solicitar nas primeiras consultas os exames complementares necessários

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da Ação: Solicitar os exames na primeira consulta, incentivar o paciente a procurar a marcação do exame o mais rápido possível e cobrar da SMS a garantia da marcação e realização dos exames

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

Detalhamento da Ação: Manter a conversa sobre o andamento do projeto sempre atualizado, cobrando aquelas ações que estão em falta

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente, notificando aqueles que estão com os exames atrasados

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Durante os atendimentos clínicos, reforçar que os exames complementares são essenciais no acompanhamento de qualquer patologia, principalmente nos idosos.

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

Detalhamento da Ação: Durante os atendimentos, esclarecer que durante o projeto, será preconizado a realização dos exames a cada 6 meses.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação:Fazer a orientação durante as reuniões de planejamento do projeto

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Manter a listagem das medicações disponíveis na farmácia popular sempre atualizada, para que saibamos sempre o que podemos receitar no momento ou não.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Manter a listagem das medicações disponíveis na farmácia popular sempre atualizada

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

Detalhamento da Ação: Manter a listagem das medicações disponíveis na farmácia popular sempre atualizada, para que no momento que falte alguma medicação, a notificação seja requerida.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Conversar durante os atendimentos clínicos sobre a gratuidade de algumas medicações disponíveis, principalmente as do Hiperdia. Além de orientar que quando a medicação não estiver disponível na própria UBS, ela pode ser disponibilizada na farmácia central da cidade.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Mostrar os protocolos utilizados escolhidos para o projeto, disponibilizando-os na UBS para atualização da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Fazer tal recomendação durante as reuniões de planejamento e treinamento da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Pedir aos ACS para trazer a lista de todos os idosos acamados para cadastramento

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação:Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Estabelecemos uma agenda de visitas mensais a todos os idosos acamados das áreas

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação:Orientar sobre o aparecimento de pessoas com problemas agudos, temporariamente impossibilitadas de locomoção; de pessoas idosas com dificuldade permanente de locomoção; de egressos de hospitais que necessitem de acompanhamento e estejam em condições limitadas de movimento físico ou em fase terminal, e ainda de portadores de doenças crônicas, incluindo doença mental, com dependência física ou dificuldade de locomoção, para que a visita seja planejada.

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

Detalhamento da Ação: Após a informação sobre quais casos necessitam de visita, revelar a disponibilidade das visitas

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Orientar os ACS a manterem uma ficha de registro individual, própria para visitas, sempre atualizada.

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

Detalhamento da Ação: Orientar sobre o aparecimento de pessoas com problemas agudos, temporariamente impossibilitadas de locomoção; de pessoas idosas com dificuldade permanente de locomoção; de egressos de hospitais que necessitem de acompanhamento e estejam em condições limitadas de movimento físico ou em fase terminal, e ainda de portadores de doenças crônicas, incluindo doença mental, com dependência física ou dificuldade de locomoção, para que a visita seja planejada.

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente, inclusive dos registros dos ACS

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Estabelecemos uma agenda de visitas mensais a todos os idosos acamados das áreas

Eixo engajamento público

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Promover rodas de conversa antes dos atendimentos, fazê-los sentir confortáveis e à vontade na recepção da UBS.

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

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS e solicitar os materiais necessários que ainda não estiverem disponíveis

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Explicar que a HAS aparece mais frequentemente em pessoas mais velhas, sendo a idade um importante fator de risco para a HAS e orientando sobre a importância da verificação da PA frequentemente.

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

Detalhamento da Ação: Fazer tais esclarecimentos durante as rodas de conversa com os idosos, antes dos atendimentos clínicos.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Orientar a equipe sobre a correta verificação da PA durante as reuniões de treinamento.

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação:Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação:Promover rodas de conversa antes dos atendimentos, fazê-los sentir confortáveis e à vontade na recepção da UBS.

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

Detalhamento da Ação: Garantir com os gestores da cidade a provisão dos materiais necessários.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Durantes as conversas e atendimentos clínicos, orientas sobre os fatores de risco dessas patologias, assim como a importante associação da HAS e DM sobre a sobrevida do doente.

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

Detalhamento da Ação:Conversas durante os atendimentos e rodas de conversa sobre os principais fatores de risco da DM

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação:Tal orientação será dada nas reuniões de treinamento

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Promover rodas de conversa sobre assuntos variados, de interesse do grupo em especial, como as principais patologias que os afetam, sobre fragilidade, entre outros. Envolvendo a equipe por inteiro, inclusive os ACS.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Cadastrar e abrir prontuário de todos os idosos que compareçam à unidade, inclusive os de demanda espontânea

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

Detalhamento da Ação: Elaborar e cumprir as escalas de prioridade por faixa etária e por avaliação de risco

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

Detalhamento da Ação: Entrar em acordo com o dentista sobre o melhor dia e horário para atender especificamente os idosos

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Sugerir ao dentista da equipe que participe e lidere uma roda de conversa sobre esse tema

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Solicitar ao dentista que passe algumas informações necessárias à equipe, para que possamos avaliar e decidir sobre a necessidade de tratamento odontológico dos idosos

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Promover rodas de conversa antes dos atendimentos, fazê-los sentir confortáveis e à vontade na recepção da UBS

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho específicas para saúde bucal e planilhas disponíveis semanalmente

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

Detalhamento da Ação:

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

Detalhamento da Ação: Solicitar ao dentista da unidade para, junto com o resto da equipe, falarem sobre este tema nas rodas de conversa antes dos atendimentos odontológicos.

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

Detalhamento da Ação: Abrindo espaço para que a comunidade também fale durante as rodas de conversa, saberemos as opiniões diversas, inclusive sobre este tópico

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Orientar a equipe para tal ação durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

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

Detalhamento da Ação: Solicitar que o dentista da equipe ofereça um pequeno curso de capacitação à equipe sobre este tópico, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento da Ação: Passar a informação de que todo idoso presente em cada área deve ter seu nome registrado e trazido à unidade, estabelecendo como meta a ser alcançada a marcação de consulta na unidade

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

Detalhamento da Ação: Falar sobre este tópico durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Objetivo 3: Adesão

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho específicas para saúde bucal e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento da Ação: Estabelecer e cumprir um cronograma de visitas domiciliares àqueles idosos faltosos, junto com os ACS

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

Detalhamento da Ação: Encaixar na agenda de atendimentos semanais aqueles idosos trazidos à unidade através da busca domiciliar

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Deixar a comunidade a par da importância de se dar seguimento às consultas de acompanhamento, principalmente os idosos, nas rodas de conversas.

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

Detalhamento da Ação: Ouvir as sugestões e observações da comunidade a esse respeito durante as rodas de conversa

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

Detalhamento da Ação: Falar deste tópico nas rodas de conversa, que será ao menos uma consulta no período de 3 meses.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Repassar as informações necessárias aos ACS durante as reuniões de treinamento da equipe, incentivando-os a orientar os idosos de suas áreas

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da Ação: Durante as reuniões de planejamento, sugerir a periodicidade das consultas para serem semanais, com visitas domiciliares mensais.

Objetivo 4: Registro

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Analisar as fichas semanalmente e checar se alguma informação importante está ausente ou se algumas das ações preconizadas não foi feita

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da Ação: Reforçar a importância deste tópico durante as reuniões para treinamento da equipe

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

Detalhamento da Ação: Acatar as sugestões oferecidas pelo curso, implantando as fichas para registro oferecidas, além das planilhas para acompanhamento do projeto

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações

Detalhamento da Ação: Dentre as atividades distribuídas a cada membro da equipe, definir os papéis de cada um no registro das informações

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da Ação: Durante as reuniões de treinamento, definir quem tem o perfil mais adequado para tal tarefa, sendo de preferência a enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Tentar formular esse sistema através da escuta de opiniões da equipe sobre este assunto, para que ele seja eficiente, mas sem sobrecarregar nenhum dos componentes da equipe

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Dialogar sobre o assunto nas rodas de conversa, reforçando a importância dos registros médicos e deixando claro que os prontuários pertencem aos próprios usuários.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Falar sobre este tópico nas reuniões de planejamento e treinamento da equipe

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Pedir que o paciente traga para todas as consultas sua caderneta e anotar todos os registros nela. Se perceber que algo está faltando, completar prontamente.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS, solicitando a reposição do estoque das cadernetas

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Falar sobre este tópico durante as rodas de conversa e atendimentos clínicos

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer este treinamento durante as reuniões de equipe para o planejamento do projeto

Objetivo 5: Avaliação de risco

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Perceber através dos registros das avaliações realizadas quais os idosos mais propensos à morbimortalidades e intensificar a observação sobre ele, fazendo busca ativa se necessário

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Estabelecer prioridade no atendimento quanto aos grupos de risco, incluindo o maior risco para morbimortalidades, diagnosticados no momento da triagem e recepção do idoso

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Observar os registros específicos dos idosos e perceber se aquele idoso precisa de uma atenção especial quanto ao aparecimento/complicações de morbidades.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Esta ação será feita durante o treinamento da equipe

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da Ação: Estabelecer prioridade no atendimento quanto aos grupos de risco, incluindo o maior risco para fragilidade, diagnosticados no momento da triagem e recepção do idoso.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Falar sobre a frequência e importância do acompanhamento durante as consultas e rodas de conversas

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer este treinamento durante as reuniões de planejamento do projeto

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da Ação: Além da observação dos registros dos usuários já diagnosticados com rede social deficiente, orientar para que os ACS também sejam atentos e tragam alguma desta demanda reprimida

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Encaixar prontamente os idosos com rede social deficiente no roteiro das visitas domiciliares mensais

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Informar a população sobre a rede de prioridades adotadas pela UBS durante as rodas de conversa e atendimentos clínicos

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

Detalhamento da Ação: Abordar este tópico durante as rodas de conversa

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe sobre como abordar um idoso e seu contexto social durante as reuniões de treinamento da equipe (seguindo as orientações dos protocolos adotados para o projeto)

Objetivo 6: Promoção da saúde

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

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente, observando se essas orientações estão realmente sendo dadas

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente, observando o IMC de cada um, para possíveis diagnósticos de distúrbios nutricionais.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Definir durante as reuniões de planejamento como cada componente da equipe vai auxiliar neste processo de orientação (se durante as visitas domiciliares, rodas de conversa ou atendimentos clínicos e odontológicos)

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Fazer orientações diversas sobre alimentação saudável nas rodas de conversa

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Entregar o guia a cada um dos profissionais da equipe de saúde, para que conheçam os dez passos para a alimentação saudável, permitindo que eles espalhem as informações aprendidas durante suas visitas

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

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento sobre dieta hipossódica e hipoglicídica durante as reuniões de treinamento da equipe

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

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. 2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento da Ação: monitorizar estes indicadores durante a conversa com os usuários no atendimento clínico

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Definir estes papéis durante as reuniões de treinamento da equipe, responsabilizando todos de forma geral a oferecerem estas orientações

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

Detalhamento da Ação: Sugerir ao gestor a implantação de estruturas públicas que servissem tanto como lazer como para a prática de atividade física, como a Academia da Terceira Idade, por exemplo

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação:Fazer estas orientações durante os atendimentos clínicos e odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer esta capacitação durante as reuniões de equipe, instigando-os a sempre se lembrarem de oferecer estas recomendações aos idosos de suas áreas

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

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da Ação: Monitorar os atendimentos e orientações odontológicas através da análise das fichas de atendimento específicas para a área

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Conversar com o dentista da unidade para que ele estabeleça um cronograma para nortear as orientações em nível individual, preferencialmente durante as consultas odontológicas

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais informes durante as rodas de conversas, assessoradas ou lideradas pelo dentista

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer as informações necessárias para essas orientações durante as reuniões de treinamento, lideradas pelo dentista

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Objetivo 1: Cobertura

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os idosos da área de abrangência da UBS.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente, observando a frequência dos atendimentos odontológicos

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Detalhamento da Ação: Trazer todos os nomes dos idosos já acompanhados na UBS e os que foram trazidos pelos ACS, fazendo o cadastro de todos estes

Ação: Atualizar dados do SIAB.

Detalhamento da Ação: Orientar a equipe sobre a importância da manutenção dos dados atualizados da nossa área, alimentando o sistema do SIAB

Ação: Organizar a agenda para reservar horário para atendimento odontológicos aos idosos da área da UBS de acordo com a meta proposta.

Detalhamento da Ação: Conversar com o dentista da equipe para, junto com os demais, montarmos e cumprimos uma agenda de atendimentos odontológicos exclusivamente para idosos, de preferência semanais

Ação: Identificar o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa

Detalhamento da Ação: Durante as reuniões de planejamento, escolhermos alguém da equipe que se disponha a monitorar os atendimentos, de preferência a auxiliar do dentista

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

Detalhamento da Ação: Fornecer essas informações durante as reuniões de planejamento do projeto

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade sobre a necessidade do idoso de realizar consulta odontológico.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa.

Detalhamento da Ação: Fornecer capacitação durante as reuniões de planejamento do projeto

Meta 1.2 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência da UBS.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Detalhamento da Ação: Trazer todos os idosos já frequentadores e aqueles que ainda não são, assim como, aqueles trazidos pelos ACS durante a busca ativa e visita domiciliares e cadastrar todos no projeto

Ação: Atualizar dados do SIAB.

Detalhamento da Ação: Orientar a equipe sobre a importância da manutenção dos dados atualizados da nossa área, alimentando o sistema do SIAB

Ação: Definir quais ações coletivas serão realizadas

Detalhamento da Ação: Durante as reuniões de planejamento, escolher quais as ações, tanto individuais como coletivas, serão feitas, estabelecendo um cronograma para realizá-las

Ação: Estabelecer o número total de ações coletivas em 3 meses, bem como sua periodicidade.

Detalhamento da Ação: Definir quais e quantas serão as atividades coletivas durante as reuniões de planejamento do projeto

Ação: Identificar os profissionais da equipe que participarão das ações coletivas.

Detalhamento da Ação: Escolher os profissionais participantes das ações durante as reuniões de planejamento do projeto

Ação: Organizar temas de interesse para os idosos.

Detalhamento da Ação:

Ação: Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação

Detalhamento da Ação: Após a seleção dos temas e escolha das pessoas participantes das ações, iremos elaborar um cronograma com a sequência das palestras, o faremos durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Eixo engajamento público

Ação: Identificar na comunidade pontos para melhor divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Conversar com os ACS para identificar os pontos para melhor divulgação das ações do projeto

Ação: Estabelecer com a comunidade estratégias de divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Fazer a escuta da comunidade durante as rodas de conversa, percebendo quais estratégias podem ser utilizadas para divulgação das ações

Ação: Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Ação: Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

Detalhamento da Ação: Identificar os interesses durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar a equipe para realização das ações coletivas em saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Objetivo 2: Qualidade

Meta 2.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento.

Detalhamento da Ação:Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação:Organizar sistemas de alertas para identificar idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática e que necessitarão de tratamento.

Detalhamento da Ação: Elaborar um sistema de monitorização semanal das fichas e planilhas (manual) e demandá-los ao responsável pela análise semanal dos dados, identificando aqueles idosos que necessitarão de consultas posteriores para tratamento.

Eixo engajamento público

Ação:Esclarecer para a comunidade que a primeira consulta odontológica programática definirá a necessidade ou não de tratamento subsequente

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação:. Capacitar a equipe de saúde bucal no protocolo da primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Meta 2.2 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelhos e planilhas, atualizadas semanalmente

Ação: Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

Detalhamento da Ação: Conversar com o dentista da equipe para, junto com os demais, montarmos e cumprimos uma agenda de atendimentos odontológicos exclusivamente para idosos, de preferência semanais

Ação: Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS, solicitando os materiais necessários para os atendimentos odontológicos ao longo da ação

Ação: Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS, solicitando os materiais necessários para os atendimentos odontológicos ao longo do projeto

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar os profissionais para o manejo dos usuários idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (Ver Cadernos de Atenção Básica: *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* Cap. 3).

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Meta 2.3 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Disponibilizar protocolo impresso do atendimento da primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da Ação: Imprimir o protocolo e deixá-lo na unidade, disponível para consulta tanto por parte da equipe quanto por parte da comunidade, se necessário

Ação: Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.

Detalhamento da Ação: Imprimir o material e deixá-lo na unidade, disponível para consulta tanto por parte da equipe quanto por parte da comunidade, se necessário

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Ação: Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Meta 2.4 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico.

Detalhamento da Ação: Incluir os usuários que são atendidos durante as visitas domiciliares médicas nos atendimentos odontológicos, estabelecendo cronograma de consultas

Ação: Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares

Detalhamento da Ação: Conversar com o dentista da equipe para, junto com os demais, montarmos e cumprimos uma agenda de atendimentos odontológicos exclusivamente para idosos, de preferência semanais

Ação: Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com a SMS, solicitando os materiais necessários para os atendimentos odontológicos ao longo da ação, inclusive dos materiais usados nos atendimento domiciliares

Eixo engajamento público

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento odontológicos de idosos acamados

Detalhamento da Ação: Escutar a comunidade durante as rodas de conversa e atendimentos clínicos, além das famílias dos usuários acamados, atendidos em casa

Ação: Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldades de locomoção.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Meta 2.5 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com o gestor e solicitar os materiais necessários, assim como a estrutura física para os atendimentos odontológicos necessários a etapa clínica das próteses

Ação: Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde

Detalhamento da Ação: Entrar em contato com o gestor e solicitar os materiais necessários, assim como a estrutura física para os atendimentos odontológicos necessários a etapa clínica das próteses

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Ação: Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Objetivo 3: Adesão

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Meta3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da Ação: Encaixar as visitas domiciliares dos faltosos no mesmo tempo disponibilizado para a realização das demais visitas domiciliares, priorizando estes atendimentos de maneira mensal

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

Detalhamento da Ação: Incluir os idosos provenientes das buscas domiciliares no cronograma que será elaborado nas reuniões de planejamento do projeto

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

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

Detalhamento da Ação: Ouvir a comunidade durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas

Detalhamento da Ação: Montar o cronograma de todas as ações durante as reuniões de treinamento da equipe

Objetivo 4: Registro

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento odontológicos dos idosos da área da UBS

Detalhamento da Ação: Incluir as fichas disponibilizados pelo curso na rotina da UBS.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da Ação: Escolher o responsável pelo monitoramento durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).

Detalhamento da Ação: Elaborar uma escala de risco, priorizando o atendimento dos usuários conforme o grau do acometimento

Eixo engajamento público

Ação: Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas conseqüências

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Objetivo 6: Promoção da saúde

Metas 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos e Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática. E monitorar a realização de orientação a prática de exercícios físicos entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação: Fazer tal recomendação ao dentista quando formos fazer a montagem do cronograma das consultas

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

Meta 6.4 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as orientações sobre higiene da saúde bucal.

Detalhamento da Ação: Fazer o acompanhamento dos atendimentos pelas fichas-espelho e planilhas disponíveis semanalmente

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Disponibilizar material ilustrativo (se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

Detalhamento da Ação: Pesquisar se há material ilustrativo disponível e, se disponível, imprimi-lo e deixá-lo disponível na UBS

Eixo engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Oferecer tais recomendações durante as rodas de conversas, lideradas pelo dentista, além de durante os atendimentos odontológicos

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da Ação: Oferecer treinamento à equipe, liderado pelo dentista, durante as reuniões de treinamento e planejamento do projeto

2.3.2 Indicadores

SAÚDE DO IDOSO

* O numerador será descrito nos itens antes da barra e o denominador será descrito após a barra (numerador / denominador).

Objetivo 1: Cobertura

1.1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde
(Número de idosos cadastrados no programa / Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

Objetivo 2: Qualidade

2.1 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia
(Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.2- Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia (Número de idosos com exame clínico apropriado em dia /Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.3- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia (Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.4:Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada (Número de idosos cadastrados no programa com medicação da Farmácia Popular priorizada / número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da UBS).

2.5- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados (Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa / Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.6- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar (Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar / Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.7- Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta (Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

2.8- Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes (Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus / Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica).

2.9- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico / Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

Objetivo 3: Adesão

3.1- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa (Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde / Número de idosos faltosos às consultas programadas).

Objetivo 4: Registro

4.1- Proporção de idosos com registro na “ficha-espelho” em dia (Número de fichas espelho com registro atualizado / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

4.2- Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

Objetivo 5: Avaliação de risco

5.1- Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia (Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

5.2 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia (Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

5.3 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação da rede social em dia (Número de idosos com avaliação da rede social em dia / total de idosos pertencentes à área de abrangência da UBS e cadastrados no programa).

Objetivo 6: Promoção da saúde

6.1- Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

6.2 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física (Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física / Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde).

6.3 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal (Número de idosos com orientação sobre higiene bucal / Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde).

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

* O numerador será descrito nos itens antes da barra, assim como o denominador será descrito após a barra (numerador / denominador).

Objetivo 1: Cobertura

1.1- Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde(Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa / Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde).

1.2- Proporção de idosos que participam de ações coletivas em saúde bucal (Número de idosos com participação em ações coletivas da UBS / Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde).

Objetivo 2: Qualidade

2.1- Proporção de idosos com necessidade de tratamento (Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática / Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento).

2.2- Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído (Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento).

2.3- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia (Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de prótese / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática).

2.4 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia (Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de prótese / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática).

Objetivo 3: Adesão

3.1- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa (Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde /Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática).

3.2- Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa(Número de idosos faltosos às consultas subsequentes e buscados pela unidade de saúde / Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento).

Objetivo 4:Registro

4.1- Proporção de idosos com registro adequado (Número de registros específicos atualizados / Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática).

Objetivo 5: Avaliação de risco

5.1- Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal (Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática

com avaliação de risco em saúde bucal / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática).

Objetivo 6: Promoção da saúde

6.1- Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal (Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática).

6.2- Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal(Número de idosos com orientação sobre higiene bucal / Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática).

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção, utilizaremos o manual "Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Cadernos de Atenção Básica- MS, 2006".

Ainda não dispomos de nenhuma ficha de atendimento específica para idosos, portanto teremos que adotar a ficha espelho disponibilizada pelo curso e iremos imprimir em torno de 170 unidades, visando alcançar todo o grupo de idosos da área de abrangência. Além disso, pediremos 170 cópias da Caderneta do Idoso, para distribuição entre os idosos, em sua primeira visita à UBS após a implementação da ação.

Primeiramente, realizaremos o treinamento da equipe, através de reuniões para explanação sobre os principais temas a serem abordados durante a implantação do projeto, assim como deixar claro quais serão nossos objetivos e metas, realizar a divisão das funções antes e durante a intervenção e retirar todas as dúvidas geradas sobre o projeto em si.

Para iniciar a convocação do público-alvo, cada ACS irá revisar os seus registros, identificará a população com mais de 60 anos pertencente à sua microárea e convocará cada um deles a comparecer em uma data a ser determinada para o

primeiro atendimento. Ao chegarem lá, os idosos receberão a Caderneta do Idoso, receberão as informações básicas sobre o que pretende a ação e fornecerão as primeiras informações básicas para preenchimento da ficha de atendimento. Após isso, marcarão a data de sua próxima consulta.

No segundo contato com a equipe, os usuários ficarão na recepção da UBS, aguardando a consulta. Enquanto isso, algum membro da equipe estará discorrendo sobre algum assunto relevante para o público, previamente estudado, sempre focado na prevenção e promoção à saúde (os temas serão divididos entre os membros da equipe, enfatizando que devem ser estudados previamente e abordados assim como o manual utilizado como referência preconiza). Durante a segunda e terceira consulta, realizaremos a Avaliação Multidimensional Rápida, identificando as principais fragilidades do paciente. Além disso, solicitaremos os exames complementares pertencentes à rotina em questão, rastreando doenças como HAS e DM, por exemplo, orientando-os a retornar, quando faremos a análise dos resultados e as intervenções necessárias e os orientaremos a marcar as suas consultas odontológicas.

Todas as fichas de atendimento serão revisadas mensalmente pela enfermeira da equipe, que verá como está o andamento das consultas, se há exames complementares em atraso, se os idosos estão comparecendo às consultas odontológicas e se os que, por acaso, foram encaminhados, estão conseguindo dar seguimento às suas necessidades.

Como somos responsáveis por quatro distritos, faremos um dia de atendimento específico em cada semana, atendendo a população de cada distrito uma vez ao mês. A grande maioria das consultas será agendada, e faremos uma média de 10 atendimentos específicos por dia, reservando duas vagas extras para atendimentos de alguma urgência ou intercorrência que possa surgir neste período com estes usuários.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Apesar da demora no início das atividades, conseguimos mobilizar bem a nossa equipe, preparando-os para lidar com as atividades e ações propostas, assim como, para conseguirmos manter a intervenção mesmo após o término da especialização e possível troca de médicos da equipe. Fizemos dois dias de treinamento com os componentes da equipe, onde expliquei o que seria a intervenção, qual a escolha do público alvo e porque a fiz, além de mostrar alguns dados conseguidos pelo levantamento dos próprios ACS. No segundo dia, mostrei a ficha individual para registro das informações que seria adotada a partir de então e também auxiliei a técnica de enfermagem quanto ao preenchimento da avaliação multidimensional, que foi feita por ela, durante os primeiros atendimentos e classificação dos usuários. Os ACS ficaram responsáveis por orientar e convocar os idosos para as consultas, e também falaram sobre alguns temas pertinentes, escolhidos por mim, durante as rodas de conversa que tivemos antes dos atendimentos clínicos. Não foi fácil oferecer este treinamento à equipe, pois houve alguma resistência quanto à implementação de um novo projeto. Além disso, nem todos os integrantes estudaram sobre o tema, mesmo com a disponibilização dos materiais que serviram de protocolo para o projeto.

As ações melhores realizadas foram aquelas que não dependiam de fatores externos para a execução, como o exame clínico completo em todos os idosos atendidos, incluindo a Avaliação Multidimensional Rápida, exame dos pés, assim como a avaliação da fragilidade neste público. Além disso, conseguimos também priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, assim como diminuir a polifarmácia nos idosos. Com o intuito de melhorar a adesão dos idosos ao programa, mantivemos a busca ativa funcionando, com visita domiciliar mensal assiduamente àqueles usuários com dificuldade de locomoção. Também conseguimos distribuir a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% da população alvo. Com foco na promoção da saúde, orientamos 100% dos usuários a manterem hábitos alimentares saudáveis e a praticarem atividade física

regularmente. Tivemos também algumas dificuldades, como primeiras consultas muito longas e cansativas para os idosos, a falta quase que diária de muitas medicações na unidade, o fato de não conseguirmos manter a lista das medicações disponíveis e preconizadas sempre atualizada e a falta de carro para realizarmos algumas visitas domiciliares. Além dessas ações, também realizamos avaliações da morbidade dos idosos através da aplicação de algumas avaliações e escalas, como das atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como a investigação da fragilidade em idosos. Não foi fácil trazer todos esses parâmetros para dentro do consultório, pois por muitas vezes a demanda de idosos era muito grande, pois se somava à demanda restante da unidade, tornando a realização de tais avaliações impossível em todos os idosos

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

No planejamento da intervenção estipulamos várias metas para que, através delas, pudessemos atingir nosso principal objetivo: atender 100% dos idosos da área, melhorando a atenção em saúde oferecida a eles e conseqüentemente, melhorando também sua qualidade de vida. Infelizmente, não conseguimos cumprir a maioria das ações integralmente, por exemplo, atender todos os idosos pelo menos uma vez ao mês, assim como o retorno com os exames complementares em tempo hábil, pois tivemos alguns problemas com o fornecimento dos exames por parte da prefeitura. Infelizmente, não conseguimos realizar nenhuma das ações previstas, que foram as relacionadas à saúde bucal. Alguns dias antes de começarmos a intervenção, o dentista da nossa UBS afastou-se do trabalho e não retornou até o momento, o que nos impediu de garantir atendimentos e avaliações odontológicas à população. Não conseguimos dar um treinamento sobre a escala de acuidade visual, pois não tínhamos o material adequado para aplicá-la.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Quanto ao registro das informações, conseguimos manter todos os idosos atendidos com sua ficha individual atualizada. Não encontramos grandes dificuldades na coleta dos dados necessários, assim como no cálculo dos indicadores, mas infelizmente não conseguimos atingir numericamente todas as metas lançadas, apesar da busca ativa da equipe e diversos momentos de convocação do público idoso.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Até o momento conseguimos sistematizar bem os atendimentos, estipulando dias fixos para atendimento exclusivo de idosos na unidade e também através das visitas domiciliares. Além disso, também reservamos uma parte dos atendimentos clínicos da semana para as pessoas acima de 60 anos, principalmente para retorno das consultas e intercorrências. Há estoque de cadernetas de saúde da pessoa idosa na UBS para continuar a distribuição, assim como há fichas individuais específicas para este público, para que seja possível darmos continuidade às atividades da intervenção, mesmo após a minha saída da UBS e término da especialização.

Esses três meses de intervenção foram dias de muito aprendizado, não só meu, mas também da minha equipe, que se capacitou mais para atender um público tão especial como o que escolhi, os idosos. Por várias vezes pensei em desistir da intervenção, tanto por problemas de gestão local quanto por desmotivação pessoal, mas acredito que ter chegado até este ponto da intervenção me fez entender que, se tratando de saúde pública, os desafios são imensos e um bom desempenho na oferta de assistência a saúde depende não só do sistema no qual você está inserido, mas também da atitude e perseverança do próprio profissional em questão. Me senti muito recompensada ao receber elogios dos usuários pela minha forma de tratá-los

e atendê-los, como as mais simples demonstrações de carinho vindas de pessoas tão simples. Acredito que os ajudei a serem mais saudáveis, mas, apesar de tudo, a mais ajudada em todo processo fui eu mesma.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

SAÚDE DO IDOSO

Objetivo: Cobertura

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

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

O indicador de cobertura do programa da saúde do idoso, definido como a proporção de pessoas acima de 60 anos cadastrados e com atendimento clínico, foi de 34,5%, visto que das 194 pessoas da área, apenas 67 foram atendidas. Lembro que, apesar de já existir um “cadastro” de idosos na unidade, contamos como idoso cadastrado no programa aquele que compareceu á consulta durante o período da intervenção. Infelizmente esse indicador demonstra um pequeno número de idosos que aderiram à proposta da intervenção, pelo menos inicialmente. Como podemos observar no gráfico (figura 1), houve uma melhora crescente com o passar das semanas, mas longe de atingir o valor esperado, que seria de 100%. Acredito que um dos fatores que contribuiu para este pequeno número de pessoas atendidas, foi a falta de costume desse grupo em frequentar a UBS, pois muitos deles nunca haviam ido ao posto de saúde, ou só iam para buscar receitas. Ainda encontro uma pequena resistência quanto ao hábito de ir mensalmente para os atendimentos. Possivelmente este indicador seria melhor se o tempo de implementação da ação fosse maior, pois vejo cada vez mais os idosos se interessarem pelas atividades propostas.

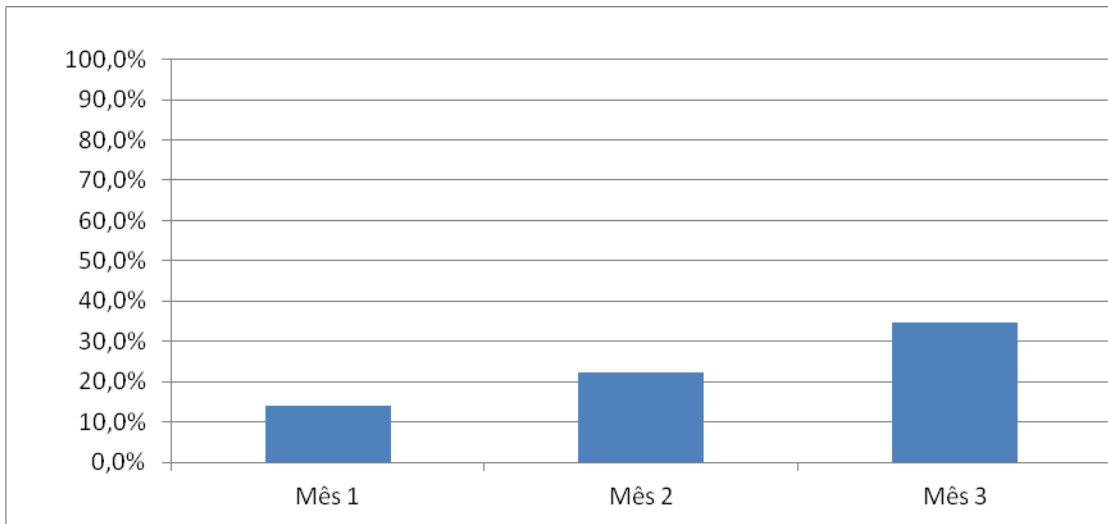


Figura 1: Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. ESF II- ZONA RURAL, BAÍA BORFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo: Qualidade

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

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

Realizar a avaliação Multidimensional Rápida não foi tarefa simples; por ser abrangente, um pouco extensa e criteriosa, contei com o auxílio da técnica de enfermagem da equipe, que foi treinada previamente para aplicar alguns questionários e escalas referentes à avaliação, o que facilitava bastante o meu trabalho. Dessa forma, conseguimos um bom percentual de atendimento, pois dos 67 idosos cadastrados no programa, conseguimos realizar a tarefa em 95,5% deles ao final da intervenção (figura 2).

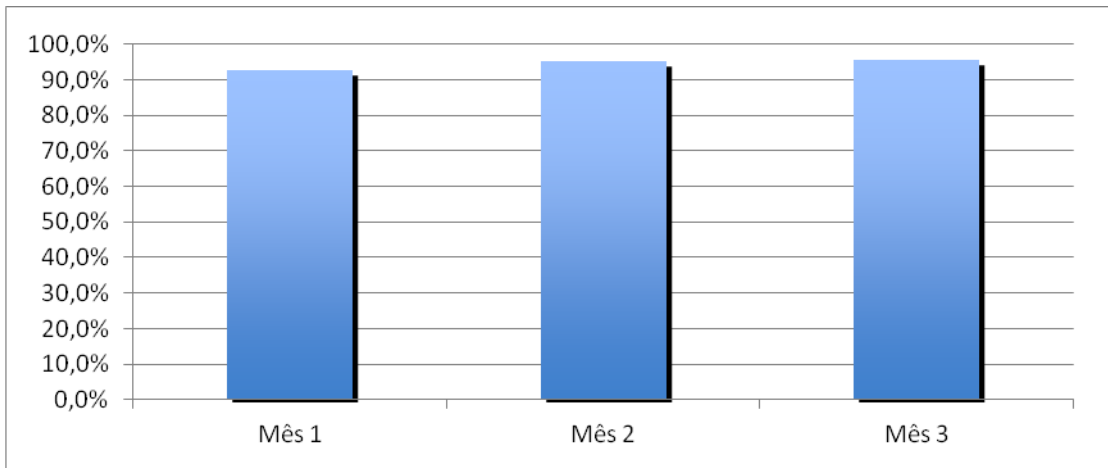


Figura 2: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

ESF II- ZONA RURAL, BAÍA BORFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

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

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

Alcançar este indicador também foi um desafio, pois nosso exame clínico completo estava um tanto limitado, não tínhamos com verificar fidedignamente a sensibilidade nos pés, por exemplo. Mas conseguimos, mesmo que de maneira precária, atingir bons índices neste indicador. É importante lembrar que não pontuaram positivamente aqueles idosos que não tiveram alguns dos aspectos do exame clínico completo investigado. Sendo assim, 68,7% dos idosos cadastrados tiveram o exame clínico realizado ao final da intervenção (figura 3).

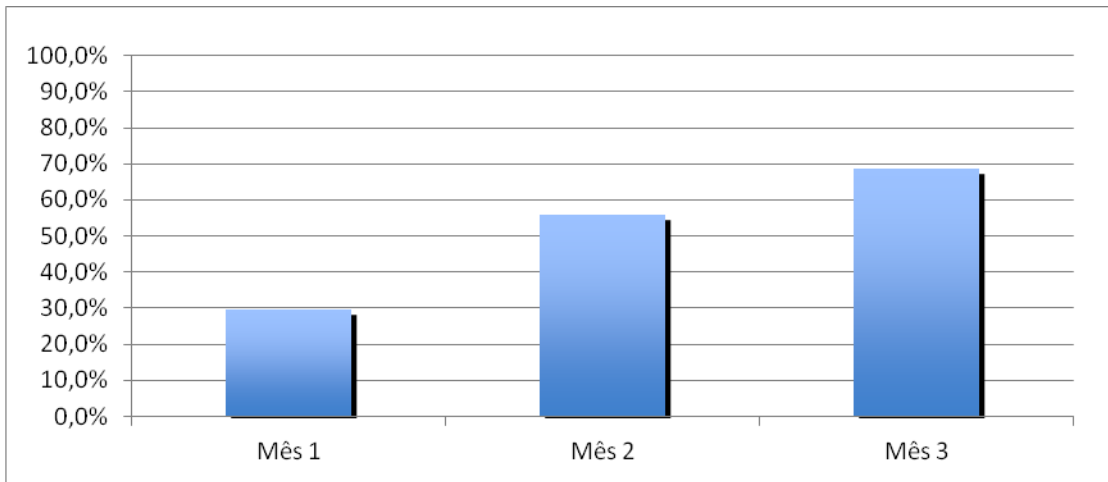


Figura 3: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. ESF II- ZONA RURAL, BAÍA BORFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

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

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

Este indicador foi um dos que mais evoluiu, visto que no começo da intervenção (mês 1), nenhum dos idosos estava com a solicitação de exames complementares em dia (figura 4). Alguns deles já compareciam para mostrar alguns exames, mas que não tinham relação direta com as recomendações de exames para os diabéticos e hipertensos. Vimos grandes dificuldades na obtenção desses exames solicitados, principalmente no primeiro mês, visto que a cidade teve seu laboratório fechado e suas parcerias com municípios vizinhos bem limitada. Este fato interferiu diretamente tanto no número de idosos que retornavam com os resultados como também no número das solicitações, pois a maioria não tinha condições de fazer os exames por conta própria, por isso deixei de solicitar alguns. A situação começou a melhorar a partir do segundo mês e, ao final da avaliação do projeto, 60% (33) dos hipertensos ou diabéticos tiveram suas solicitações em mãos.

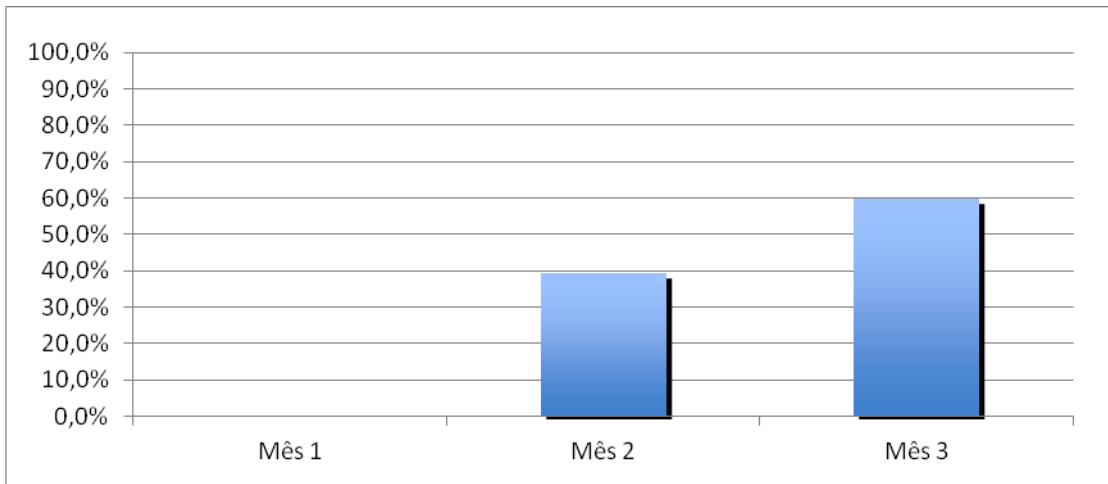


Figura 4: Gráfico indicativo da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. ESF II- ZONA RURAL, BAÍA BOLFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

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

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

Neste indicador, conseguimos atingir a meta de 100% em todos os 3 meses da intervenção, todos os idosos atendidos tiveram prescrições com medicamentos da farmácia popular. Nos poucos casos que tivemos que rever prescrições, foi possível fazê-lo com medicamentos também disponíveis no próprio posto de saúde ou farmácia popular.

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

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

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

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

Nossa área tem 16 idosos acamados, que equivale ao valor previsto de 8% de todos os idosos (194). Todos eles estão devidamente cadastrados no programa, recebendo os atendimentos domiciliares sempre 1 vez ao mês, sem nenhuma falha durante o período avaliado. Portanto, conseguimos atingir o patamar de 100% de sucesso nas metas 2.5 e 2.6.

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

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

Todos os idosos que receberam atendimento clínico, seja ele na UBS ou em seu domicílio, tiveram a pressão arterial verificada, anotada em suas cadernetas e fichas-espelho, assim como notificadas a mim qualquer valor acima 135x80 mmHg. Dessa forma, atingimos o valor de 100% neste indicador, sem variação no período de 3 meses.

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Em nossa unidade, estabelecemos como rotina sempre fazer o hemoglicoteste (HGT) em pessoas acima de 60 anos de idade, antes de qualquer atendimento clínico. Desta forma, todos os idosos, inclusive os hipertensos foram rastreados para DM. Naqueles com valores que fugiam do padrão de normalidade, completamos o esquema diagnóstico para tal patologia. Assim, 100% dos idosos hipertensos foram rastreados para DM.

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

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

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Desde o início do planejamento da ação e treinamento da equipe, priorizou-se que a avaliação da saúde bucal e a realização das consultas seria feito pelo dentista da equipe. Contudo, ele precisou afastar-se de suas atividades laborais antes do início dos atendimentos relacionados à intervenção. Dessa forma, nenhum dos idosos foi atendido por ele, tendo os indicadores relacionados com a saúde bucal obtido os valores mais baixos da intervenção, o de 0%.

Objetivo: Adesão

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

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

Estipulamos que cada idoso receberia ao menos 1 consulta no período de 3 meses, sendo o valor ideal de 2 consultas no mesmo período. Dessa forma, não pudemos ainda avaliar o percentual de idosos faltosos, pois só o faremos após os 3 meses iniciais. Portanto, nenhum dos idosos faltosos recebeu busca ativa até o momento, por conta disso, o indicador está em 0%.

Objetivo: Registro

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

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

Todos os idosos atendidos têm seus dados e informações pertinentes registrados na ficha espelho a cada atendimento, tanto por mim quanto pela técnica de enfermagem da equipe. Por isso, 100% deles estão com os seus registros em dia.

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

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

No início de nossa intervenção, não tínhamos disponíveis as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa na UBS e nem na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Após algumas semanas, conseguimos alguns exemplares e começamos a distribuir para todos os idosos atendidos, explicando como essa ferramenta pode ajudá-los na melhoria de sua qualidade de vida e atenção à saúde. Ao final desta avaliação, 77,6% (figura 5) dos idosos já haviam recebido suas cadernetas. Percebi que ainda não entregamos a todos os idosos que compareceram às consultas durante o período que ainda não tínhamos as cadernetas e isto é um erro a ser corrigido.

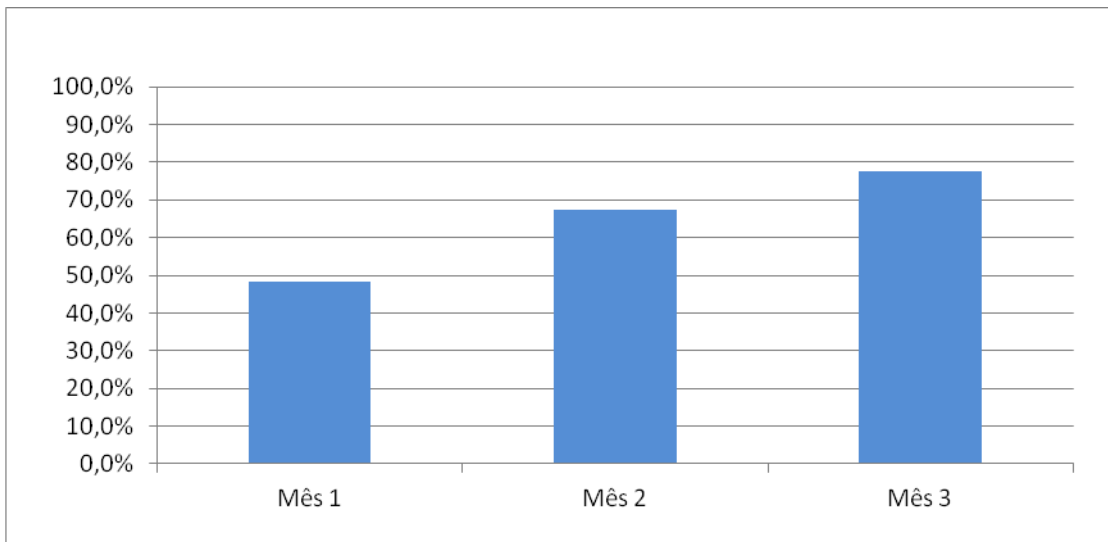


Figura 5: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. ESF II- ZONA RURAL, BAÍA BORFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014

Objetivo: Avaliação de risco

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

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

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

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

Os indicadores 5.1 e 5.2 estão extremamente correlacionados, visto que quando se pesquisa o grau da morbimortalidade de um idoso, muito se sabe de sua fragilidade, sendo também o contrário verdadeiro. Dessa forma, todos os idosos foram investigados para ambos, e o fazíamos tanto antes como durante os atendimentos. Assim, 100 % dos 67 idosos foram avaliados.

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

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

Quanto à avaliação da rede social, apenas um idoso dos 67 atendidos não recebeu avaliação de rede social, pois compareceu à consulta com a cuidadora, que não se mostrava muito aberta ao diálogo e com certa resistência às perguntas. Preferi tentar realizar a avaliação em outro momento mais oportuno. Dessa forma, totalizamos uma proporção de 98,5% de idosos investigados ao final da intervenção (figura 6).

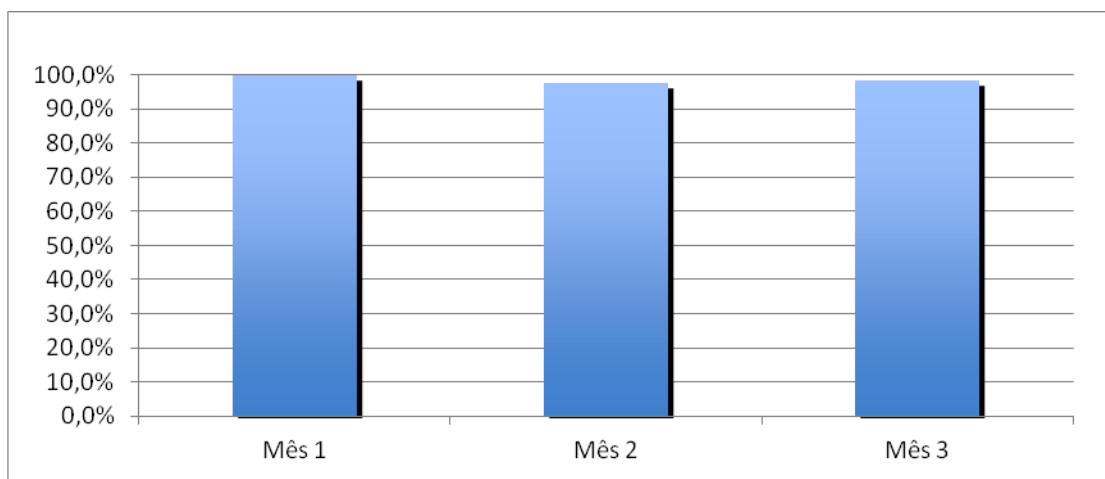


Figura 6: Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. ESF II-ZONA RURAL, BAÍA BOLFOMSA- 2014

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014

Objetivo: Promoção da saúde

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

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

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

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

Sempre reservamos um tempo durante a consulta para dar todas as orientações nutricionais e de hábitos de vida cabíveis ao paciente em questão, que acontece sempre ao final das consultas. Portanto, 100% dos idosos atendidos da área recebem orientações nutricionais e quanto à prática regular de atividade física, sem variação neste período de avaliação do projeto.

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

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

Assim como os outros indicadores relacionados à saúde bucal, este também não pontuou, pois não foram oferecidas orientações específicas sobre higiene bucal aos idosos atendidos. Portanto, a proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal foi nula durante os três meses da intervenção.

Como já relatado anteriormente, ficamos sem dentista na UBS, pois o mesmo precisou afastar-se de suas atividades devido licença médica. Isto contribuiu negativamente para o nosso projeto, visto que não pudemos dar continuidade às ações que ficaram acordadas de serem responsabilidade dele, como os atendimentos odontológicos, a oferta de capacitação à equipe para dar orientações relacionadas à saúde bucal, dentre outros. Sendo assim, nenhum dos nossos gráficos sobre a saúde bucal dos idosos foi gerado.

4.2 Discussão

Durante este período de mais de três meses entre o planejamento e a execução da intervenção direcionada à Saúde dos idosos, buscamos melhorar a qualidade da atenção dada a este público, bem como melhorar sua qualidade de vida no geral. Sem dúvida, foi um processo que nos pareceu longo, por muitas vezes cansativo, mas que fez jus a todo trabalho empenhado. Considero que tivemos êxito em nosso projeto, pois, apesar de não atingirmos 100% de todos os nossos objetivos, conseguimos, independente dos números nos indicadores, melhorar a vida e qualidade da saúde de muitos.

Consigo enxergar êxito em vários aspectos da intervenção e um deles é relacionado à nossa equipe. No início do planejamento, não tínhamos uma equipe muito participativa e colaborativa; a falta de hábito em fazer atendimentos mais especializados ou algo que fugisse da rotina da UBS era um fator que dificultava o nosso trabalho, pois é difícil mudar parâmetros já pré-estabelecidos há tempos. Mas progressivamente, com a apresentação do que seria a intervenção, com as ações e metas que planejávamos fazer e atingir, o grupo foi se abrindo mais e se comprometendo aos poucos. Por motivos de força maior, não foi possível ter conosco profissionais importantes para a intervenção, como a enfermeira e o dentista, mas conseguimos dar continuidade aos trabalhos com a equipe disponível. A técnica de enfermagem ficou responsável pelo acolhimento, junto às ACS, e teve papel fundamental no processo, já que recebia os usuários, verificava as PAs e HGTs, preenchia as fichas, me notificava sobre alguma urgência ou emergência, e sem ela, eu ficaria ainda mais sobrecarregada. Foi muito satisfatório ver o crescimento dos profissionais, principalmente dos ACS, já que eles conseguiram participar mais da rotina da UBS, assim como ficaram mais próximos do seu público, o que lhes garante mais confiança para a execução primorosa de suas atividades.

Nossa UBS nunca tinha recebido um profissional do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (que tem teoricamente a “obrigação” de executar um projeto de intervenção) e os médicos que por ali passaram não tiveram interesse em fazer algo do tipo. Planejei não fazer algo que mudasse drasticamente a rotina já disponível no nosso serviço, pois quanto mais diferente e difícil de executar fosse, mais fácil seria deixar todas as nossas novas ações de lado e voltar para os

atendimentos comuns. A principal mudança no serviço se deu dentro do consultório, durante as consultas, mas também aprimoramos a triagem e a recepção, encarregados do primeiro atendimento ao usuário. Passamos a fazer algumas perguntas importantes, a preencher algumas escalas e ficha espelho. Acredito que o serviço ficou mais dinâmico com a participação de vários profissionais, ao invés de concentrar todas as atividades no médico, além de oferecer um serviço de atendimento especial aos idosos, que antes não existia.

A comunidade desconhecia essa forma de trabalho, bem como não estava habituada a receber ações que visam, primordialmente, a promoção da saúde. Por isso, eu não esperava uma aceitação tão boa do projeto e das ações que planejamos fazer, pelo menos inicialmente. E foi exatamente isso que aconteceu: na nossa primeira ação de promoção à saúde, uma caminhada com os idosos com café da manhã saudável, poucos idosos compareceram, não tivemos a participação de todos os ACS e houve alguns percalços. Mas com o decorrer das atividades, acho que a comunidade pode perceber que o projeto não baseava-se apenas em uma única atividade pontual e sim em várias. Acredito que perceberam a constância das ações, dos atendimentos e das visitas domiciliares, por isso começaram a nos dar um pouco de crédito, comparecendo às consultas e participando ativamente do projeto.

Obviamente, nem tudo que planejamos aconteceu e outras coisas foram planejadas, aconteceram, mas não atenderam às expectativas. Alguns dos problemas foram: não tivemos nenhum atendimento odontológico pela ausência do dentista, o número de pessoas cadastradas e atendidas foi menor do que esperávamos, os ACS não participaram ativamente do acolhimento, com as palestras que tínhamos planejado para eles, difícil acesso aos exames complementares solicitados. Acredito que teríamos melhores resultados se trabalhássemos em uma UBS, ao invés de atender em 4 delas, pois o serviço seria melhor integrado. Mas como não há essa possibilidade, planejamos expandir o horário de atendimento aos idosos, de maneira a faz-lo todos os dias. Outro aspecto que precisamos melhorar é checagem dos idosos faltosos e a busca ativa deles. Inicialmente, tínhamos deixado este serviço a cargo da enfermeira, mas como ela se ausentou durante a intervenção, acabamos por não fazer a busca daqueles ausentes. Tentamos repassar a tarefa para os ACS, mas sem muito êxito.

Como continuaremos a implementar o projeto nas UBSs, procuraremos consertar essas falhas, para que continuemos a aumentar a abrangência da intervenção, assim como tentaremos conseguir novos recursos junto à SMS, como por exemplo, filamentos para teste de sensibilidade nos pés, escala para realizar o teste de acuidade visual, além de tentar repor o estoque de cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Além disso, esperamos contar com a enfermeira e o dentista a partir do próximo mês, o que nos permitirá melhorar ainda mais a qualidade do serviço prestado por nós.

4.3 Relatório da Intervenção para os gestores

Ilmo^o Gestor,

É com prazer e grande satisfação que venho relatar aos gestores a experiência vivida durante os três últimos meses (setembro a novembro de 2014) como médica do PSF II- Zona Rural da cidade de Baía Formosa. Neste período, pude realizar uma intervenção em nossa área, focado na Saúde do Idoso. Esta intervenção objetivou melhorar a qualidade do serviço ofertado a essa população em especial, e o fizemos através de reuniões informais com o grupo de idosos cadastrados, assim como atendimentos clínicos mais completos e focados na Geriatria.

Além dos atendimentos clínicos, fizemos caminhadas na praia, palestras educativas, cafés-da-manhã, dentre outros eventos, nos quais contamos sempre com alguma colaboração da gestão em vigor. Esta parceria é sempre fundamental, pois quando nós, equipe de saúde, temos uma boa comunicação e acesso à gestão, a população se beneficia diretamente, pois podemos trabalhar em conjunto, um suprimindo a ausência do outro.

No início da intervenção, nos deparamos com algumas situações que poderiam prejudicar o andamento das ações, como por exemplo, a falta das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, bem como a falta de materiais necessários na avaliação e estratificação de risco dos usuários. Outra coisa também não colaborou para o bom andamento da intervenção, que foi o fechamento do laboratório de análises clínicas da cidade, o que dificultou o acesso da população

aos exames complementares necessários durante o período recomendado. Alguns desses problemas foram resolvidos, outros não, mas ainda assim conseguimos realizar a intervenção sem grandes alterações.

Conseguimos atender 67 idosos dentro do período de 3 meses, com atendimentos semanais voltados especificamente para eles. Dessa maneira, tivemos uma cobertura de 34,5%. A proporção de idosos participantes foi crescente e este período é considerado bem curto, visto que tínhamos que realizar a avaliação da intervenção invariavelmente durante este mês. Dessa forma, esperamos atingir nosso objetivo (atender 100% dos idosos da área) em menos de um ano. Nosso indicador mais expressivo foi quanto à qualidade dos serviços ofertados, visto que quase 100% dos idosos receberam um atendimento clínico completo e foram avaliados por escalas e padrões recomendados mundialmente, como a Avaliação Multidimensional Rápida, a Escala de Fragilidade do Idoso, o Escore de Framingham, além do exame clínico completo, incluindo o dos pés e pulsos. Além disso, 60% dos idosos estão com a solicitação dos exames complementares em dia e 100% deles têm suas prescrições com medicações distribuídas pela Farmácia Popular.

Ao analisar estes e outros indicadores, fica claro que a intervenção trouxe vários benefícios para a vida dos idosos de nossa área, com impacto significativo em suas qualidades de vida. As ações feitas durante este período não vão ser interrompidas, muito pelo contrário: planejamos ampliá-las, visando aumentar o número de idosos atendidos através da correção de alguns pontos ainda deficientes e manutenção dos que deram certo. Para isso, contamos com a contínua colaboração da população, da equipe e da gestão, para juntos trazermos imensa melhoria à vida dos idosos da Zona Rural de Baía Formosa.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

É com prazer e grande satisfação que venho compartilhar com a comunidade um pouco sobre a experiência vivida durante os três últimos meses (setembro a novembro de 2014) como médica do PSF II- Zona Rural da cidade de Baía Formosa. Neste período, pude realizar um conjunto de ações em nossa área, focado na Saúde

do Idoso. Eu gostaria de melhorar a qualidade do serviço oferecido pelo nosso posto de saúde à essa população em especial. Fizemos reuniões com o grupo de idosos cadastrados, assim como consultas médicas mais específicas para os idosos.

Como muitos puderam acompanhar, além das consultas, fizemos caminhadas na praia, palestras sobre hipertensão, diabetes, câncer de mama e auto-medicação, cafés-da-manhã, dentre outros eventos, sempre com a participação da equipe e da comunidade. Esta parceria é sempre fundamental, pois sem a participação da população, qualquer coisa que quiséssemos fazer seria impossível.

No início dessas atividades, enfrentamos alguns problemas que poderiam prejudicar o andamento das ações, como por exemplo, a falta de alguns materiais e o fechamento do laboratório de análises clínicas da cidade, dificultando o acesso da população aos exames complementares solicitados pelo médico. Alguns desses problemas foram resolvidos, outros não, mas ainda assim conseguimos realizar a intervenção sem grandes alterações.

Conseguimos atender 67 idosos dentro do período de 3 meses, com atendimentos semanais voltados especificamente para eles. Dessa maneira, uma boa parte dos idosos da área compareceu ao posto de saúde. Pudemos ver que a quantidade de idosos participantes só aumentava a cada dia, mesmo tendo pouco tempo de atividade. Dessa forma, se continuarmos nesse ritmo, atenderemos 100% dos idosos da área em menos de um ano. Mas a maior diferença percebida foi na qualidade dos serviços ofertados, visto que, quase todos os idosos receberam um atendimento clínico completo. Além disso, mais da metade dos idosos estão com a solicitação dos exames complementares em dia e todos eles recebem seus remédios de graça na Farmácia Popular ou os compra a preços baixos.

Observando tudo isso, fica claro que nossa intervenção trouxe vários benefícios para a vida dos idosos de nossa área, melhorando suas vidas de alguma forma. As ações feitas durante este período não vão parar, muito pelo contrário: planejamos fazer mais ações e mais atendimentos, pois queremos aumentar o número de idosos atendidos. Para isso, precisamos corrigir algumas coisas que deu errado e continuar fazendo aquelas que deram certo. Para isso, contamos com a colaboração da população, da equipe e das lideranças da cidade, para juntos continuarmos melhorando a vida dos idosos da Zona Rural de Baía Formosa.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Pessoalmente, foram longos meses de jornada, de trabalho, de recomeços e, claro, de aprendizagem. Digo “longos meses” pois foi assim que percebi passar esse tempo que cursei a especialização de Saúde da Família, já que nunca me interessei muito pela área e não me imaginava tendo que planejar uma intervenção, ter que enviar tarefas e participar de fóruns semanalmente. Apesar disso, começamos a vencer cada etapa por vez e aqui estou, com boa parte do meu trabalho concluído (continuaremos implementando as ações do projeto na rotina da UBS).

Durante o percurso, pude perceber minha evolução gradual no meu dia-a-dia, no meu processo de trabalho, no atendimento aos meus usuários, no meu tratamento com a equipe. Uma visão geral sobre atenção básica e sobre Medicina de Família me deu uma visão mais completa, mais integral sobre a minha missão como médica e como profissional da saúde de forma geral. Pude entender que mudar alguns parâmetros é essencial, pois nos dias de hoje, não podemos mais praticar uma Medicina voltada apenas para as doenças e tratamentos, mas sim, e prioritariamente, voltados para o indivíduo como um todo, entendendo o seu processo de doença e tudo o que envolve o processo de construção de sua saúde. Nesse sentido entendo que tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania.

Nossa intervenção foi focada na promoção da Saúde do Idoso, atendendo um contingente de 35% da população idosa da área. Tivemos alguns ótimos indicadores, outros não tão bons, mas que irão evoluir com o decorrer do tempo, com o aprimoramento das atividades.

Além de termos melhorado a qualidade de vida e o acesso à saúde de várias pessoas idosas de nossa área, eu e a equipe crescemos como profissionais, como

colegas de profissão e como pessoas . Aprendemos com nossos erros e esperamos crescer ainda mais com o que nos propomos a construir.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.


BRASIL. Ministério da Saúde. *Pactos pela Saúde: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento*. Brasília, 2006.

NERI, Anita L.; Yassuda, M. S.; Araújo, L. F. de, *et al.* Metodologia e perfil sócio demográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.29, n.4, p. 778-792, 2013.

ANEXOS

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2						
Idoso para	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
Ações e	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1		0			
	2		0			
	3		0			
	4		0			
	5		0			
	6		0			

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

