

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Assistência à Pessoa Idosa na USF Planície das Mangueiras,
Natal/RN**

Natália Teixeira Fernandes

Pelotas, 2015

Natália Teixeira Fernandes

**Melhoria na Assistência à Pessoa Idosa na USF Planície das
Mangueiras, Natal/RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD da Universidade Federal de Federal de Pelotas, como requisito parcial ao título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Érica Almeida Coelho

Pelotas, 2015

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

F363m Fernandes, Natália Teixeira

Melhoria na assistência a pessoa idosa na Unidade Saúde da Família Planície das Mangueiras/RN / Natália Teixeira Fernandes; Erica Almeida Coelho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Coelho, Erica Almeida, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre deixaram de lado seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a Deus por iluminar minha vida e minha família, por dar-me a graça da sabedoria, da oportunidade e tempo de dedicação plena ao estudo e, da presença de pessoas maravilhosas que neste percurso compartilharam junto a mim momentos especiais e contribuíram para minha maturidade.

Agradeço aos meus pais que me ensinaram a viver com dignidade, que iluminaram os caminhos escuros com afeto e dedicação, que se doaram e renunciaram seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Pela longa espera e compreensão durante as viagens para a faculdade, não bastaria um muitíssimo obrigada. Esta conquista é para vocês: Meus mestres da vida.

Agradeço a minha irmã pelo companheirismo e compreensão nos instantes de estresse.

Agradeço ao meu namorado por compartilhar de todos os momentos deste ano, abrilhantando minha vida, fazendo dela não um sonho, mas sim uma realidade maravilhosa que consigo admirá-la todos os dias. E também agradeço pelos incentivos e ajuda para concluir este trabalho.

Agradeço àquela que me acolheu de braços abertos, me conduziu pelos caminhos da pesquisa com paciência e maestria: Orientadora Érica Almeida Coelho. Quero expressar o meu reconhecimento a sua competência profissional.

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, Natal, RN, 2014 68

Figura 2 – Gráfico indicativo proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, Natal, RN, 2014..... 70

Figura 3 – Gráfico indicativo proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, Natal, RN, 2014 73

Figura 4 – Gráfico indicativo proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, Natal, RN, 2014 75

Lista de abreviaturas e siglas

- ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEASI** – Centro Especializado de Atenção à Saúde Do Idoso
- CEO**– Centro de Especialidades Odontológicas
- CEREST** – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- DM** – Diabetes Mellitus
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PA**– Pressão Arterial
- PROVAB** – Programa de Valorização Profissional na Atenção Básica
- PSE** – Programa Saúde na Escola
- RCD -50** – Resolução da Diretoria Colegiada número 50
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFPEL** – Universidade Federal de Pelotas
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- USF** – Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Situação Da ESF	11
1.2 Relatório Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário Comparativo Sobre Texto Inicial e o Relatório Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica – Projeto De Intervenção	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos E Metas	27
2.2.1 Objetivo Geral	27
2.2.2 Objetivos Específicos	27
2.2.3 Objetivo Específicos E Metas Saúde Bucal Dos Idosos	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento Das Ações	30
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório De Intervenção	53
3.1 Ações Previstas e Desenvolvidas	53
3.2 Ações Previstas e Não Desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	65
4 Avaliação Da Intervenção	67
4.1 Resultados	67
4.2 Discussão.....	75
4.3 Relatório Para Os Gestores	77
4.4 Relatório Para A Comunidade.....	79
5 Reflexão Crítica Sobre O Processo Pessoal De Aprendizagem	81
Referencias	83

Anexos 84

Resumo

FERNANDES, Natália Teixeira. **Melhoria na assistência à pessoa idosa na USF Planície das Mangueiras, Natal/RN.** 2015. 92f. Trabalho de Conclusão do curso Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza a Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada e referência os serviços especializados de média e alta complexidade. Seguindo a política da atenção básica, os acompanhamentos com os idosos devem ser individuais ou coletivos, que contemplem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O presente trabalho trata de uma intervenção realizada com a população idosa com o intuito de acompanhar e atender com qualidade suas necessidades. O cenário dessa intervenção foi a unidade de saúde Planície das Mangueiras localizada no bairro periférico Nossa Senhora da Apresentação, na zona norte da cidade de Natal/RN e teve como objetivo geral qualificar a assistência ao idoso na USF. Os principais resultados obtidos foram: o aumento da cobertura para 72,7% idosos cadastrados nos três meses de intervenção; realização da avaliação multidimensional feita em 100% dos idosos atendidos; solicitação de exames periódicos para 100% dos hipertensos e diabéticos; 100% de idosos com registros nas fichas espelhos; 100% dos idosos com avaliação para morbimortalidade em dia; 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, entre outros. O curso trouxe mecanismos para melhor abordar e organizar as demandas na unidade de saúde.

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

Apresentação

O presente trabalho faz parte das atividades de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família da UFPEL/UNASUS que tinha como objetivo capacitar médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas vinculados ao PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) a implantar um projeto de melhoria de algum programa de Saúde na atenção Primeira a Saúde. No capítulo 1, é descrito o relatório da análise situacional da unidade que trata de uma descrição sucinta do sistema de saúde no município, da unidade de saúde Planície das Mangueiras e sua estrutura física. No capítulo 2, é apresentado a Análise Estratégica que se trata da estrutura do projeto de Intervenção após a escolha do tema. O capítulo 3 corresponde ao Relatório da Intervenção onde são apontadas as ações que foram desenvolvidas e as que não foram possíveis, relatando as ações necessárias para serem alcançadas e os motivos que se fizeram para a não efetivação. No capítulo 4 compreende-se a Avaliação da Intervenção em que foi analisado os resultados das ações desenvolvidas e explicitar as melhorias para a saúde da comunidade e, para o apoio à gestão. Capítulo 5 aponta as reflexões críticas ao processo de aprendizado pessoal quanto as perspectivas e as experiências adquiridas no desenvolver da especialização e ações dispensadas pela intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS no serviço

A unidade de saúde em que estou alocada é a da Planície das Mangueiras que se localiza no bairro periférico Nossa Senhora da Apresentação, na zona norte da cidade de Natal/RN.

A Estratégia de Saúde da Família acontece com a programação de atendimento diário, mas deixando espaço para a demanda espontânea. As equipes encontram-se em número de três, cada uma com seu médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e apenas duas equipes são contempladas pelo atendimento odontológico. Iniciando pelo local reservado para o arquivo, que separa os prontuários por micro áreas, não existe um funcionário exclusivamente para atender a demanda do arquivo, ocupam esta função os agentes comunitários de saúde e os técnicos, sempre revezando. Para as três equipes e seus profissionais médicos e enfermeiros a unidade dispõe de apenas quatro consultórios. A conduta para marcação de atendimento tanto dos médicos como dos enfermeiros é planejada de acordo com a disponibilidade da sala, já existe uma programação/organização. Para os cirurgiões-dentistas há um único consultório. A farmácia da unidade está fechada por falta de medicamentos. A sala de curativo encontra-se em funcionamento, os técnicos das equipes são responsáveis pelo atendimento, e em situações de avaliações mais complexas é solicitada a presença do enfermeiro responsável pelo usuário. A sala de vacina, também por responsabilidade de técnicos de enfermagem, está inativa pela ausência de geladeira, situação fruto de um arrombamento. A sala de preparo é conduzida por uma técnica de enfermagem, neste espaço acontece o acolhimento inicial dos usuários. Existem banheiros para usuários e profissionais. A direção da unidade dispõe de um ambiente com computadores, mas no momento não tem internet, tem uma diretora e outros funcionários que ainda não pude perceber suas incumbências. Existe também um espaço para lanche: a copa.

A estratégia de saúde da família, nesta unidade, apresenta necessidades quanto estrutura física e recursos humanos. Mesmo diante deste cenário posso dizer que a interação das equipes existe e que é responsável pelo atendimento com qualidade (na medida do possível) aos usuários.

Minha equipe conta com uma médica que reconhece a necessidade dos pacientes, se relaciona muito bem com a enfermagem, inclusive revezando atendimento de gestantes, crescimento e desenvolvimento, hiperdia, cumprindo recomendações do Ministério da Saúde em consonância com o atendimento da enfermeira (agora assumido por mim).

A comunidade como qualquer outra comunidade carente precisa de um maior acompanhamento devido os altos índices de mortalidade, principalmente, materno-infantil e mulheres em idade fértil. Uma solução seria a formação de grupos para mulheres abordando temas como sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, importância de exercícios físicos. Grupos voltados para mães de primeira viagem ou não, contemplando os cuidados alimentares, cuidados com os recém-nascidos, sobre as modificações físicas e emocionais na gravidez, os sinais de alerta para procura de médicos. Grupo de acompanhamento com os idosos, com os diabéticos e hipertensos. Percebo a carência na atenção continuada desses determinados grupos.

Um apoio existente na unidade aberto a população é um grupo de artes/ações lúdicas e um outro grupo de caminhada que funciona segundas, quartas e sextas com orientações de um educador físico apenas nas segundas, um agente comunitário de saúde é o maior responsável por estas caminhadas.

Contudo esta estratégia de saúde em que me encontro tem grandes necessidades organizacionais como também grandes possibilidades para modificar este quadro, pois as equipes interagem e colaboram uns com os outros, falta apenas um apoio para inovar e melhorar as ações ofertadas para esta população.

1.2 Relatório Análise Situacional

A capital potiguar (Natal) apresenta uma população de aproximadamente 853.929 habitantes (IBGE, 2009), contendo 36 Unidades de Saúde da Família (USF), totalizando 119 equipes, 14 Unidades Básicas de

Saúde e três unidades mistas, três NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) implementados e três CEO (Centro de Odontologia), serviço de atendimento móvel de urgência; um centro de zoonoses; um pronto atendimento infantil; três maternidades; cinco centros de referência a saúde mental – CAPS; um centro de saúde ao trabalhador – CEREST; um centro de saúde ao idoso – CEASI; quatro policlínicas; dois centros de referência odontológica; duas UPA's.

A Unidade de Saúde da Família Planície das Mangueiras, faz parte de uma estratégia de reordenamento do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação das equipes multiprofissionais n.º 85, 86 e 87. Essas são responsáveis pelo acompanhamento de 2.825 famílias, perfazendo um total de 10.228 pessoas residentes numa área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. A equipe 85, em que atuo, tem 1.122 famílias e 4.032 pessoas, a equipe 86 tem 864 famílias e 3.313 pessoas e a equipe 87 tem 839 famílias e 2.883 pessoas.

A USF é urbana e está localizada no bairro Nossa Senhora da Apresentação, Distrito Sanitário Norte II. Acompanha a clientela de sua área de abrangência, porém com porta aberta para os usuários de outros bairros como Vale Dourado e Jardim Progresso.

O território apresenta muitos problemas/riscos como: falta de segurança; alto índice de violências; falta de saneamento básico; acúmulo de lixo nas ruas; pouca opção de lazer; sistema de transporte deficitário, desemprego entre outros. As doenças mais frequentes nessa população são: doenças crônicas; problemas cardiocirculatórios; problemas respiratórios; doenças parasitárias e doenças infecto-contagiosas.

Na USF são realizados atendimentos agendados e de demanda espontânea, segue os critérios normativos do SUS, disponibilizando medicações de diabetes, tuberculose, hanseníase, atendimentos clínicos para população adstrita, prevenção de riscos, promoção e recuperação da saúde. A unidade não tem escola cadastrada no Programa Saúde na Escola (PSE), mas realiza atividades coletivas nas escolas existentes na área, tanto públicas como particulares. O modelo de atenção da unidade é a Estratégia de Saúde da

Família (ESF), conta com três equipes, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, um técnico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e em torno de cinco agentes comunitários de saúde.

Em relação à estrutura física o primeiro ponto abordado é referente à distância da unidade de saúde de uma dos bairros da área de abrangência. Para realização de visita domiciliar nessa área é necessário o uso de meios de transporte (carro ou ônibus), sendo que o mesmo não é disponibilizado pela prefeitura. Esse entrave dificulta uma proximidade com os usuários, principalmente os idosos, cadeirantes e pessoas com necessidades especiais. Como possibilidade de enfrentamento dessa situação, esses usuários com dificuldades de locomoção são priorizados nas consultas domiciliares e o restante é agendado para consulta na unidade.

A ambiência da unidade é caracterizada como insatisfatória tanto para os profissionais que trabalham no espaço como também para os usuários que procuram o serviço. A Unidade Planície das Mangueiras é extremamente pequena para acomodar as três equipes de saúde. A sala de espera permanece no início da manhã e da tarde com um aglomerado de usuários, que não tem cadeiras suficientes para sentar, a situação só piora com a ausência de um profissional arquivista, deixando a cargo de qualquer profissional que esteja disponível no momento a localização de prontuários. Quanto à iluminação na sala de espera, copa, banheiros é natural e nas demais salas luz fluorescentes. Para o acesso dos portadores de necessidades especiais, idosos e cadeirantes, o piso é plano, não tem escadas e os banheiros são adaptados e espaçosos. São poucas as sinalizações textuais, de figuras encontradas para orientar o usuário quanto ao fluxo de atendimento. As salas, na maioria, têm janelas (de madeira), mas poucas se encontram abertas para a devida ventilação do ambiente. Os pisos são planos, laváveis; as paredes internas são lisas e não laváveis, assim como as portas. As portas têm maçanetas de alavanca; as torneiras existentes necessitam do uso das mãos para manuseá-las. A cobertura da unidade é feita com laje e telhado. Todos os ambientes são de menor dimensão quando comparados ao recomendado. Não existe sala de agentes comunitários de saúde. A sala de recepção avança o espaço da sala de espera. Não existe lugar específico para guardar os materiais de limpeza, tendo sido um banheiro interditado para o

armazenamento desses materiais. A sala de vacina não funciona (desde novembro/2013) pela falta de manutenção da geladeira e das péssimas condições da rede elétrica, que provoca oscilações de temperatura. Não existe sala de nebulização, expurgo, esterilização e de recepção, lavagem e esterilização de material.

É importante apontar a falta de salas de atendimento, visto que, são três equipes com três médicos, três enfermeiros e existem apenas quatro salas disponíveis para atendimento desses profissionais, a estratégia utilizada pelas equipes é de revezamento. O problema acontece quando nos deparamos com a subutilização de uma parcela desses profissionais que muitas vezes tem usuário de demanda espontânea para atender, mas não tem salas disponíveis.

Todas essas limitações encontradas tanto de estrutura física como recursos humanos e também de ineficácia da gestão dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho com qualidade, prejudicando a população que tem direito ao atendimento à saúde e de acessibilidade ao serviço.

Uma sala de espera espaçosa, organizada e confortável (com cadeiras) é necessária para acolher bem os usuários e proporcionar um ambiente favorável para atividade/orientações em educação em Saúde. A ausência dessa sala no modelo recomendado causa tumulto, desorganização, dificulta as ações educativas, e ainda provoca poluição sonora, o que não é aceitável em uma unidade de saúde. O arquivo necessita de um profissional responsável pela organização, disposição dos prontuários e demandas para acolher os usuários. A falta deste funcionário impossibilita um acolhimento adequado com a escuta qualificada, tirando dúvidas e dando resolutividade e continuidade na assistência. Para enfrentar estes problemas, respectivamente, deve ser disponibilizado cadeiras na sala de espera (organizando um pouco e acalmando a usuários), e um rodízio programático de profissionais para se comprometer em atender a demanda da sala de arquivo, já que inicialmente não existe possibilidade de contratação de profissional para ocupar o cargo.

Quando nos referimos à estrutura física, o posicionamento seria comunicar a gestão da situação e dificuldades encontradas elencando a unidade com estrutura física insatisfatória, com o intuito de realizar uma reforma. É necessário atender o padrão recomendado pela ABNT, RDC-50,

promovendo assim uma unidade sem risco de acidentes, que não acumule sujeira evitando a transmissão de microrganismo, que ofereça um ambiente acolhedor, organizado, limpo, que evite os riscos a saúde dos profissionais e que não prejudique o fluxo de atendimento. As equipes de saúde podem se unir diante das limitações encontradas para desenvolver um plano de ações possíveis dando resolução em alguns dos casos abordados.

Quanto às atribuições das equipes de saúde de acordo com a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, é percebido na minha unidade que poucos são os responsáveis pela territorialização e mapeamento da área de atuação. Esta atitude da equipe prejudica o reconhecimento das áreas de risco, as áreas em potencial e a própria comunidade que muito provavelmente dependerá da atenção e assistência de saúde.

O cuidado em saúde acontece apenas na USF; em situações pontuais como uma campanha de vacinação, os profissionais vão para uma escola da área. A maioria das escolas, indústrias, igrejas e outros espaços comunitários pouco são contemplados com as ações de saúde. A consequência da ausência das ações para o coletivo em outros ambientes que extrapolem o convencional (unidade) poderia favorecer uma interação melhor da comunidade com a equipe e até resgatar necessidades que até então não foram vistas. Segundo a portaria 2.488 da Política Nacional da Atenção Básica “a presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar...”.

Outro questionamento que pode ser feito é a ausência de atividades de grupos (voltado para adolescentes, idosos, pré-natal, prevenção do colo do útero, combate ao tabagismo, hipertensos, diabéticos, entre outros) na comunidade. O único grupo que se concretizou foi o grupo de caminhadas, exercícios físicos nas segundas, quartas e sextas pela manhã sob a responsabilidade de um educador físico e acompanhamento por alguns agentes comunitários.

As atividades de qualificação da atenção a saúde para os profissionais são raras, e, quando acontecem com caráter de atualização das técnicas ou transformações das práticas, os únicos participantes são os enfermeiros. Os

médicos são os mais ausentes. Os demais trabalhadores da saúde ficam soltos e quase não acontece o repasse do aprendizado pela falta de interesse dos que não se fizeram presentes nos cursos.

É necessário priorizar o cuidado em saúde em outros pontos estratégicos da comunidade, principalmente a escola, pois a escola é um importante aliado na aproximação entre profissionais da saúde e crianças/adolescentes, com o intuito de ofertar ações em saúde privilegiando as necessidades locais.

A falta de interação da equipe de saúde com as atividades coletivas é uma limitação presente e possível de organizar/resolver. É necessário fazer uma mobilização através de reuniões, rodas de conversas que busquem solucionar e priorizar também de forma coletiva os problemas e necessidades da comunidade.

A falta das atividades de grupo é uma grande prioridade, mas que não será possível no momento, pois existe uma carga de atendimentos e burocracias dos processamentos de dados pertencentes à ESF que limita o tempo dos profissionais. Colhi informações que alguns grupos começaram, mas não houve continuidade pela pouca participação dos usuários nas atividades, o que acarretou a subutilização do tempo e sobrecarga de atividades aos profissionais envolvidos.

São acompanhadas 2.825 famílias, totalizando 10.228 pessoas residentes numa área geográfica delimitada em três áreas. Sendo a divisão por sexo a seguinte: 5177 mulheres e 5326 homens, numa proporção aproximada de 50%. Menores de um ano são 142. Os menores de cinco anos são 615. As pessoas de cinco a quatorze anos são 1816. As pessoas de quinze a cinquenta e nove anos são 6571.

As famílias cadastradas entram no limite recomendado pelo Ministério da Saúde. O grande problema é a população que se encontra fora da área de abrangência da unidade que acaba por vir buscar atendimento, sobrecarregando assim os profissionais. Portanto, a quantidade de equipes não é suficiente para a população da área que necessita de atendimento. O acolhimento acontece três dias na semana (terça, quarta e quinta). Como são três equipes, cada uma fica responsável por um dia, os profissionais que se responsabilizam pelo acolhimento são técnicos de enfermagem e os

enfermeiros. Os usuários que procuram a unidade contam com o acolhimento e escuta qualificada desses profissionais e estes procuram dar resolução dos casos contando com o apoio de toda a equipe. No acolhimento não existe um protocolo ou qualquer orientação para realizar classificação de risco. A demanda espontânea sem cadastro que necessita de atendimento, como o acompanhamento do pré-natal, é atendido e em casos em que seja necessária outra abordagem médica de especialista o usuário recebe orientações e encaminhamento para outra instituição.

Para o excesso de demanda espontânea os profissionais pedem o retorno no dia seguinte quando não é urgência/prioridade; e encaminham para pronto-socorro os casos que não tem condições de serem resolvidos na USF.

Ainda precisamos sensibilizar toda a equipe para repensar o sentido do acolhimento e entender o que precisa ser mudado, com o objetivo de favorecer a melhor prestação de serviços de saúde para a comunidade. Uma possibilidade seria a implantação do acolhimento com classificação de risco e organização/qualificação dos profissionais para tal tarefa.

No programa de Saúde da Criança a unidade tem uma grande cobertura de atendimentos e acompanhamentos cumprindo o calendário e orientações do Ministério da Saúde, atendendo 100% das crianças, um total de cobertura de 149. Não existe um registro específico para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento disponibilizado em impressos pela prefeitura, portanto o monitoramento dos dados torna-se ineficaz, um grande quantitativo de dados é ignorado por falta de protocolo no processo de trabalho. Poucos foram os dados encontrados a respeito da puericultura. Os registros encontrados demonstram que o atendimento do crescimento e desenvolvimento estão acontecendo acima dos valores estimados, assim como o da vacinação em dia.

As consultas estão em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, vacinação em dia, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento eficiente, orientações sobre o aleitamento exclusivo é orientado em todas as consultas de um a seis meses. Não acontece uma triagem auditiva, apenas uma avaliação superficial com emissão de sons e toque no pavilhão auditivo para detecção de uma possível inflamação. Quanto

a primeira consulta, avaliação da saúde bucal e teste do pezinho até sete dias não possuímos registros desses dados.

Há dificuldades para realização de atividades em grupo com as mães das crianças. Essas atividades são necessárias para melhorar a qualidade da atenção da saúde da criança tanto no acompanhamento na ESF como também com a mãe que recebe recomendações sobre o cuidado contra acidentes, aprende a identificar sintomas importantes para procurar ajuda, abordar e influenciar a alimentação adequada, entre outros.

Nas ações de atenção à gestante temos o indicador de cobertura de 100% com 153 gestantes acompanhadas, existe uma grande procura para o pré-natal, tanto população da área como fora de área, isso é comprovado pelo valor estimado do caderno de ações programáticas. Contudo a cobertura de pré-natal acontece, mas a demanda é grande acabando por não ter o acompanhamento esperado.

Quanto ao acompanhamento das gestantes e as condições de atendimento, temos enfrentado grandes dificuldades em relação à vacinação, pois a geladeira da unidade está apresentando oscilação de temperatura. Dessa forma, as gestantes vão para outras unidades para tomar a vacina antitetânica e hepatite B.

Outros dados importantes são os atendimentos incompletos como: pouca explicação do significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira/do cartão do pré-natal; falta das recomendações para avaliação bucal; ineficiência nas conversas com a gestante sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e as drogas.

Para ampliar a cobertura do pré-natal e melhorar a qualidade da atenção, a ESF com seus profissionais devem realizar atividades com grupos de gestante (não existe grupo de gestante na unidade). Essa é uma maneira de complementar as recomendações para uma melhor alimentação, conforto, cuidados com o corpo, com a amamentação (orientações para aleitamento materno) e reconhecimento de sinais de alerta para procurar ajuda e esclarecimento das mudanças fisiológicas e psicológicas, além do convívio social e troca de experiências.

As informações/orientações são passadas durante qualquer consulta inespecífica e que envolva a mulher em qualquer fase da vida, principalmente

após o início da atividade sexual. Quanto à cobertura do exame citopatológico do colo do útero é muito escassa. Notei após a entrada na UBS que o fluxo de coleta é reduzido. No momento o atendimento está ainda mais prejudicado pela falta de materiais e salas disponíveis. E em outros casos, existe também a falta de comprometimento dos profissionais.

O número de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos é de 2573 e o número de preventivos realizados é de 171 no ano de 2013, então apenas 171 mulheres foram acompanhadas e realizaram prevenção do Câncer do Colo do Útero. A quantidade desses atendimentos encontra-se bastante limitada. Esse exame é realizado pelos 03 enfermeiros da unidade de saúde, cada profissional escolhe um dia e o turno para a realização do exame. Lembrando que esse número de preventivos é baixo por haver apenas uma sala habilitada para realizar o preventivo.

Nos atendimentos se realiza uma avaliação de risco, são repassadas orientações sobre a prevenção e doenças sexualmente transmissíveis. O laboratório aponta sempre uma amostra satisfatória. Não possuímos dados sobre os exames alterados e sobre os exames em atraso há mais de 06 meses. Não existe nenhuma ação na unidade de acompanhamento e interação (grupo).

Para ampliar a cobertura das mulheres entre 25 a 64 anos precisamos em primeiro lugar da conscientização dos profissionais sobre a importância do acompanhamento e exames para prevenção do colo do útero. Organizar um fluxo contínuo na unidade de acordo com cada equipe promovendo assim um acesso facilitado para a comunidade. Seria interessante fazer um estoque dos materiais necessários com o intuito de guardar o excedente para os casos de grande espera de materiais pela prefeitura.

A unidade não segue nenhum protocolo quanto ao acompanhamento e coleta do citopatológico do colo do útero, para isso é interessante organizar também esse atendimento quanto às condutas profissionais e; as marcações de consultas médicas tanto para especialidade de ginecologia como também para um apoio psicológico; garantir uma contra referência do caso; tentar manter a atenção e acompanhamento com visitas domiciliares e consultas/atividades coletivas, além da busca ativa das faltosas.

A quantidade de mulheres com idade entre 50 a 59 anos é grande (estimado 769), portanto necessita de uma maior atenção e acompanhamento ao câncer de mama e colo do útero. Principalmente referente ao quantitativo da mamografia, esse dado mostra o quão ineficiente é a rede de serviço da cidade (com apenas 8% da cobertura). Os indicadores correspondem a uma cobertura pequena da população de 50 a 69 anos. As mamografias são difíceis na rede de serviço da cidade.

Para ampliar a cobertura das mulheres entre 50 a 64 anos precisamos em primeiro lugar da conscientização dos profissionais sobre a importância do acompanhamento e exames para avaliação das mamas, como o exame de toque, ultrassonografia e mamografia. Organizar um fluxo contínuo na unidade de acordo com cada equipe promovendo assim um acesso facilitado para a comunidade. Organizar os registros e seguir algum protocolo de atendimento/acompanhamento (pois, não existe na unidade). Os profissionais também precisam estar capacitados e orientados sobre o tema do CA de mama e útero, para isso deve buscar realizar uma educação continuada desses profissionais motivando a renovação e conhecimento/atualização. Importante também garantir uma contra-referência e apoio psicológico dos casos diagnósticos e em tratamento. Além disso deve-se realizar o acompanhamento com visitas domiciliares e consultas/atividades coletivas.

No programa de controle de hipertensão e diabetes a unidade se encontra sem um registro padrão, uns profissionais anotam apenas no prontuário clínico e outros no prontuário e em livros de atas, mesmo assim não existe um protocolo de atendimento e impressos específicos para o acompanhamento de hipertensos.

O número estimado de hipertensos foi de 2119 e o número de acompanhados e cadastrados pela unidade é de 617 pessoas, valor correspondente a 29%. Já o valor estimado para os diabéticos foi de 606 pessoas e os cadastrados e acompanhados pela unidade de saúde, 194, correspondendo a 32%.

Em virtude dessa grande disparidade entre os dados posso dizer que a unidade de saúde não apresenta uma cobertura adequada de hipertensos e diabéticos. Além disso, pode haver um sub-diagnóstico da doença, falha na busca ativa e rastreamento nos atendimentos.

Os pacientes com HAS e DM que são identificados e cadastrados têm um acompanhamento médico de três em três meses para renovação de receita e uma nova avaliação. Após o surgimento da farmácia popular e os baixos custos das medicações, os usuários perderam o vínculo com a unidade para o acompanhamento mensal com a enfermagem. Dessa forma, a aferição da pressão arterial, teste rápido da glicemia capilar, o repasse de informações importantes para a alimentação, exercícios físicos e entre outras informações do cuidado são ausentes pela enfermagem.

A cobertura dos hipertensos e diabéticos acontece, pois os atendimentos são disponibilizados, porém necessita de um maior envolvimento e facilidade no fluxo do atendimento para assim conseguir abordar e recuperar esses pacientes para um acompanhamento mensal.

A estratificação cardiovascular não é realizada por nenhum dos profissionais. Quanto ao atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; os exames complementares periódicos em dia e; avaliação da saúde bucal em dia não há registro dessas informações que possa ser consultado.

As orientações sobre alimentação saudável e a importância dos exercícios físicos são transmitidas através de um grupo de caminhada existente semanalmente na unidade.

Inicialmente o que deve ser melhorado é o registro protocolado para assim todos os profissionais atuem em uma mesma dinâmica de atendimento. Também deve-se incentivar o retorno para a consulta com a enfermagem para um acompanhamento complementar mensal. Tentar construir um fluxograma uniforme para todas as equipes com a ajuda dos gestores locais e de todos os profissionais, facilitando o acesso ao serviço organizado, impedindo o “abandono” pela população para o atendimento de hipertensos e diabéticos.

Ofertar aos profissionais, principalmente aos agentes comunitários de saúde, um alerta para a busca ativa de hipertensos em suas áreas, mostrando os sinais clínicos, enfatizando a procura da unidade para verificação da pressão arterial e teste glicêmico capilar, entre outros.

No acompanhamento na unidade, os idosos são referenciados para consultas de controle dos usuários hipertensos ou diabéticos e visitas domiciliares a acamados. Os registros são feitos apenas em prontuário clínico,

não existe nenhum outro instrumento para registro do acompanhamento do idoso. Com isso permanece ausente o quantitativo de vários indicadores da atenção ao idoso. Isso se deve à falta de um modelo organizativo, protocolo de atendimento e de impressos necessários para o correto acompanhamento na UBS.

O quantitativo de idosos cadastrados e acompanhados na ESF é de 920 (83%) quando o estimado é de uma população de 1105 idosos. O valor estimado realmente encontra-se acima do valor da realidade, mas neste caso não significa ausência de cadastramento ou acompanhamento e sim porque a população idosa é mais reduzida. Já a quantidade de idosos na equipe A n° 85 é de 216.

Fazendo uma comparação com o valor estimado, a cobertura da atenção à pessoa idosa não está adequada, a população cadastrada pouco é acompanhada pela equipe médica e da enfermagem, apenas com os agentes comunitários de saúde. Os atendimentos médicos são para renovação de receita (sejam eles psicotrópicos, anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes) e para realização de visita domiciliar aos acamados. Outra parcela das mulheres acima de 60 anos participam de um grupo de caminhada, que proporciona uma abertura para promoção da saúde.

A caderneta de saúde da pessoa idosa não é utilizada na unidade para acompanhamento. Nas consultas dos idosos não são realizadas uma avaliação multidimensional rápida, pois não existe um controle e organização dessa avaliação na unidade. A avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização da velhice não apresenta registro. Nas consultas e visitas são avaliadas as condições de vida no cotidiano desses idosos e identificadas situações de risco que podem ser trabalhadas com a família, repassando orientações e também buscando parceiros, como o apoio do NASF.

Orientações sobre alimentação saudável e a importância das atividades físicas são ações de promoção que acontecem nas consultas individuais ou no coletivo (no grupo de caminhada).

Como pontos a serem aprimorados, podemos citar o registro dos dados, que deve ser sistematizado e acessível a todos os profissionais. Além disso, é importante que haja um protocolo de atendimento com o objetivo de

todos os profissionais alinharem suas condutas. Deve também incentivar o retorno para as consultas de enfermagem, com o objetivo de um acompanhamento complementar mensal. A construção de um fluxograma para todas as equipes com a ajuda dos gestores locais e de todos os profissionais proporcionando a facilidade do acesso ao serviço organizado e melhor acompanhamento dessa população. Realizar um trabalho conjunto entre profissionais e agentes comunitários de saúde, aprimorando a busca ativa dos idosos em suas áreas, mostrando sinais clínicos e reforçando a procura da unidade para avaliação e promoção da saúde também podem ser estratégias válidas para melhorar a cobertura e qualidade desse atendimento.

1.3 Texto comparativo entre situação inicial e relatório análise situacional

A comparação da expressão inicial e a do relatório da análise situacional em sua essência são parecidas por relatarem uma certa semelhança no processo de trabalho dando ênfase na ineficácia do serviço e nos problemas mais evidentes.

Um ponto importante para ressaltar concerne no engajamento dos profissionais que explicita mesmo diante de uma dinâmica de trabalho, a estrutura e a gestão, coibindo o prosseguimento do serviço.

A visão superficial do texto inicial deixa clara a deficiência da estrutura física. E o relatório mostra como esta estrutura interfere no processo de trabalho e os seus resultados nos serviços prestados a população.

O relatório da Análise Situacional amplia a visão quanto a realidade do município, unidade e do serviço. Mostra também caminhos que devem ser seguidos para realinhar/mudar as ações e rotinas dos profissionais e comunidade.

O relatório se fundamentou no exato quantitativo das ações realizadas, assim como os serviços disponíveis na rede, onde aponta vias de escape para os profissionais em meio a uma unidade com problemas de gestão, recursos humanos e estruturais.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os idosos devem ter seu direito reconhecido pelos profissionais e população em geral quanto a suas necessidades de atenção, acompanhamentos, tratamento, voltados para a otimização da saúde. As políticas de atenção aos idosos se fazem necessárias devido ao envelhecimento da população em que o quantitativo de idoso está em ascensão e também pela transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil das doenças, antes doenças infecto-contagiosas e agora doenças crônicas Brasil (2010). Apesar disso, Melo et al, 2009, sinalizam que os serviços de saúde e estratégias do Ministério da Saúde não oferecem subsídios para atender as diversas necessidades da população idosa e acrescenta que a abordagem ainda é limitada a doença, com enfoque superficial e consultas individuais raras, sem seguimento e desvalorizando a importância no acompanhamento dessa população.

O cuidado com a pessoa idosa em processo de envelhecimento envolve toda a rede de atenção ao idoso em especial os serviços sociais e de saúde. O desenvolvimento do cuidado deverá guiar os idosos na complexa rede de serviços assistenciais permitindo, por meio de decisão conjunta e do trabalho de coordenação das equipes da atenção básica, decidir pelas opções mais apropriadas para cada caso (BRASIL, 2006).

A ação programática direcionada à saúde do idoso possibilitará a organização da assistência da unidade de saúde e atenção integral no acompanhamento aos idosos. O arranjo do serviço proporcionará maior acessibilidade ao atendimento, organização do serviço através dos protocolos e fluxograma e o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais. As ações que subsidiam os idosos são de grande relevância no contexto da

Atenção Primária à Saúde, por ser um grupo que apresenta declínio na imunidade fisiológica, apresenta vulnerabilidade física e mental, além de perdas cognitivas.

A intervenção será realizada na USF Planície das Mangueiras, unidade urbana, localizada no bairro Nossa Senhora da Apresentação, Distrito Sanitário Norte II na cidade de Natal/ RN. A unidade apresenta um espaço físico limitado para desempenhar qualquer ação de prevenção, promoção e atendimento clínico, recursos humanos sem foco para desempenhar suas atribuições e uma gestão local desatenta aos processos de trabalho. A unidade conta com três equipes de Saúde da Família, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, um técnico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e em torno de cinco agentes comunitários de saúde.

A população adstrita à unidade é de 10.228 pessoas, sendo 4.032 pessoas da área referente à equipe que assiste. A população idosa da área de abrangência é consideravelmente ausente na unidade por não existir uma demanda aberta no cronograma dos profissionais para essa procura, atendendo assim apenas os idosos que fazem acompanhamento de hipertensão e diabetes.

A cobertura da população idosa atendida pela ESF é de aproximadamente 83% para um quantitativo de 920 idosos cadastrados, a área em que atuo, equipe 87, tem 216 idosos para uma cobertura de aproximadamente 50%. O perfil dos idosos da área adstrita se assemelha com as características do bairro. O bairro, por estar localizado em uma área periférica da cidade, apresenta um perfil socioeconômico de pessoas com dificuldade financeiras para atender as necessidades diárias da vida, como alimentação, transporte, lazer e péssimas condições de trabalho. Todos esses pontos contribuem para a falta de perspectiva futura e baixa qualidade de vida. Tais fatores somados aos entraves da unidade de saúde já mencionados influenciam na baixa adesão da população idosa atendida na ESF. A qualidade da atenção para esta população também apresentam deficiências em virtude da falta de organização/fluxograma e protocolo dos serviços. Um ponto positivo oferecido pela unidade com foco no idoso é um projeto de caminhada que se desenvolve com a ajuda de um educador físico da equipe do NASF e por alguns agentes comunitários de saúde. Neste grupo de caminhada é reforçado

medidas de alimentação saudáveis, promoção de momentos com interação da comunidade e sobre a importância dos exercícios físicos regulares.

A intervenção em Saúde do Idoso no contexto referido se justifica pela vulnerabilidade dessa população a riscos e agravos a saúde. Na área adstrita a unidade existe uma quantidade considerável de acamados por consequência de doenças crônicas, por isso é necessário uma abordagem/avaliação e acompanhamento, assim como a definição do diagnóstico precoce. Vale ressaltar que a unidade presta assistência a uma pequena parcela da população idosa, com pouco ou quase nenhum acompanhamento e preenchimento adequado da caderneta do idoso, sem realização de nenhuma avaliação multidimensional rápida e avaliação de saúde bucal.

O projeto de intervenção implementará um serviço de atenção continuada, ponderando e elaborando responsabilidades e atribuições para cada membro da equipe. As dificuldades existentes são atreladas a impressos de avaliação e a falta um odontólogo e um técnico de enfermagem na equipe para dar continuidade a assistência, e ainda a ausência de um local amplo para as ações coletivas. Mesmo assim, contamos com uma equipe engajada e disponível para novas experiências e adaptações. Pretende-se incluir os idosos da área nos atendimentos de rotina da equipe, realizando uma avaliação integral, disponibilizando o acesso ao serviço de saúde. Essas medidas irão proporcionar qualidade de vida, colaborando para o autocuidado, prevenção de agravos à saúde, entre outros.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral: Melhorar a assistência à pessoa idosa na Unidade Saúde da Família Planície das Mangueiras, Natal/RN.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- 2) Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- 3) Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
- 4) Melhorar o registro das informações;

- 5) Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- 6) Promover a saúde dos idosos;
- 7) Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica;
- 8) Melhorar a Qualidade da Atenção a Saúde Bucal do Idoso;
- 9) Melhorar a Adesão ao Atendimento.

2.2.3 Metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos;

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos;

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;

Objetivo 7 Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

Meta 7.1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% dos idosos cadastradas.

Meta 7.2 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência

Objetivo 8 Melhorar a qualidade da assistência à Saúde Bucal do Idoso

Meta 8.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Meta 8.2 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

Meta 8.3 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 8.4 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 8.5 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 9 Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico

Meta 9.1 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática

Meta 9.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

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

Meta 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: Será feito o monitoramento dos idosos acompanhados na unidade pela enfermeira e registrado em livro próprio.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

-Acolher os idosos

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

-Fornecer caderneta de Saúde do Idoso a 100% dos idosos da área de abrangência.

Detalhamento da Ação: Informar os profissionais sobre a importância do acolhimento e, preferencialmente e organizar fluxo para acolhimento do idosos

por qualquer profissional de saúde da unidade. Reforçar com a equipe a importância do cadastramento e acompanhamento do idosos. Organizar rotina de cadastramentos junto com os ACS e outros profissionais garantido que todos os idosos sejam cadastrados. Pactuar com a gestão o fornecimento da caderneta de saúde do idosos para todos os cadastrados na unidade.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

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

Detalhamento da Ação: A equipe deve informar/ sensibilizar os idosos na unidade de saúde nos seguintes espaços e atividades: recepção, acolhimento, consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

-Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

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

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

Detalhamento da Ação: Realizar educação continuada com os profissionais, abordando as mudanças de comportamento, cognição e estilo de vida dos idosos e a Política Nacional de Humanização. Incentivar a busca ativa dos idosos na área oferecendo subsídio teórico para tal.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;

Metas 2: - Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Aferição da PA em toda pré- consulta.
- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
- Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.
- Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Detalhamento da ação: Deve ser elaborado um protocolo e fluxograma de atendimento com todas as informações necessárias. Nesse protocolo deve estar descritas as responsabilidades de cada profissional. Em todas as consultas, acolhimento, visita domiciliar, entre outros, deve ser aferida a pressão arterial do idosos, Devem ser solicitados exames laboratoriais na periodicidade recomendada pelo protocolo. Deve ser realizada também reunião de equipe para monitorar os dados de atendimento clínico e odontológico dos idosos.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro...).
- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. (Pactuação

com a gestão com o objetivo de conseguir material e manutenção adequada dos materiais para medida da pressão arterial).

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.
- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento das ações: Deve ser realizado o provimento dos recursos e materiais necessários. Para isso deve-se pactuar com a gestão a manutenção e reposição dos mesmos. Instruir os profissionais sobre a avaliação. Para assegurar a aferição da PA deve-se reservar dois períodos no turno para acolher e acompanhar os idosos hipertensos e diabéticos. Essas medidas devem ser devidamente registradas pelos profissionais que realizam o exame. Os médicos e enfermeiras da unidade devem solicitar os exames necessários de acompanhamento ou diagnóstico que se fizerem necessários, buscando a responsabilização dos gestores na garantia da realização dos mesmos. Como o objetivo de garantir as medicações de hipertensão e diabetes a equipe de enfermagem vai fazer uma lista com o nome dos idosos com HAS/DM para solicitar as medicações a Secretaria de Saúde já que a unidade não fornece as medicações. Para o acompanhamento dos idosos acamados, os agentes comunitários de saúde farão uma lista dos acamados e com problemas de locomoção para viabilizar as visitas domiciliares. Em reunião de equipe, os profissionais vão discutir os casos que necessitam de visita domiciliar e disponibilizar dois turnos da médica e da enfermeira para realização das visitas de acordo com as prioridades dos casos. Faz-se importante conscientizar os funcionários da unidade sobre a prioridade ao atendimento dos idosos fundamentada na escuta qualificada. Deve-se pactuar com a equipe de Saúde Bucal, disponibilidade de horários na agenda para avaliação e tratamento odontológico para os idosos cadastrados. Mensalmente a equipe de saúde bucal deve disponibilizar um registro dos atendimentos realizados e dos faltosos. (no momento estamos sem cirurgião-dentista, pois o antigo profissional se desligou da unidade e foi remanejado para outra e ainda não houve reposição).

Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar os pacientes 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.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles que já tenham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

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

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

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

Detalhamento de ação: as ações referentes ao engajamento público deve instituir o envolvimento dos usuários com os profissionais e a confiança no serviço de saúde. Esses pontos podem ser alcançados com momentos de educação em saúde tanto em grupo como individual. Médicos e Enfermeiros devem orientar os usuários durante as consultas, visita domiciliar, acolhimento e realizar atividades coletivas na unidade e na comunidade com objetivo de informar, sensibilizar e orientar a população. Os ACS em visita também devem orientar sobre importância do acompanhamento do idoso pela unidade de saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

-Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

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

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

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

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

-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- 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.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de idosos.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento de ação: As ações voltadas para o treinamento/capacitação dos profissionais envolvidos com a saúde do idoso devem ser discutidas em reunião de equipe e organizado um cronograma de realização. Deve ser definido as atribuições e responsabilidades de cada um, assim como a contribuição necessária para o andamento das ações. O repasse das informações pode acontecer nas reuniões da equipe para conciliar e interagir de forma organizada no serviço. Para viabilizar essas ações podem ser utilizados o caderno da Atenção Básica (Acolhimento, Saúde do Idoso.)

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

Meta 3 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 das ações: Organizar o agendamento mensal para consulta médica ou de enfermagem para acompanhamento. O monitoramento pode ser feito pela revisão das agendas e registros de consultas dos idosos.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Os idosos faltosos nas consultas serão registrados nomes e prontuários para a busca. Os agentes de saúde irão colher informações e na necessidade de visita domiciliar de profissional médico ou enfermeiro será agendado. Na agenda da enfermagem serão disponibilizados dois turnos na semana para acolher os idosos.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento das ações: a importância das consultas para idosos deve ser repassada em qualquer momento de interação com a comunidade, seja em uma campanha vacinal, uma caminhada, em um espaço de palestra ou nos corredores da unidade de saúde. Esses momentos deixarão os usuários abertos para expor seus sentimentos quanto à assistência e atenção prestada.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento das ações: orientações e definição das consultas serão pactuadas com os profissionais envolvidos nos momentos de reunião. Poderia ser: uma consulta médica e duas consultas com a enfermagem, em meses consecutivos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Metas 4: 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: Atualizar e revisar os registros anualmente. Definir profissional de referência para organizar o registro.

Eixo Organização E Gestão Do Serviço

Ações:

-Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento das ações: manter as informações/registros atualizados após cada ação/consulta e manter a organização/monitoramento dos registros de acompanhamento feito por um profissional (técnico de enfermagem). Os impressos utilizados nas consultas e acompanhamento, em sua maioria, serão modelos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. As informações do SIAB serão atualizadas mensalmente pela enfermagem.

Eixo Engajamento Público

Ação:

-Orientar os pacientes 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: Nas consultas e atividades coletivas informar a comunidade sobre os registros de saúde e sobre procedimento de solicitação da segunda via.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação:

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

Detalhamento das Ações: Durante as reuniões de equipe deve ser realizado treinamento da equipe sobre o preenchimento correto dos registros.

Eixo Monitoramento e AvaliaçãoAção:

-Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento da ação: a cada comparecimento da unidade de saúde ou em visitas domiciliares solicitar a caderneta para avaliação do preenchimento.

Eixo Organização e Gestão Do ServiçoAção:

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

Detalhamento da ação: em casos de falta de estoque realizar uma solicitação por meio de um ofício junto com o gestor local.

Eixo Engajamento PúblicoAção:

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

Detalhamento da ação: no momento da entrega da caderneta, orientar sobre a importância da caderneta para o acompanhamento e registro das informações dos atendimentos nos serviços de saúde e agravos/doenças que envolveu ou envolvem o idoso.

Eixo Qualificação Da Prática ClínicaAção:

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

Detalhamento da ação: antes da entrega das cadernetas é necessário orientar a equipe sobre o preenchimento adequado, possibilitando que todos os profissionais estejam aptos para atender e preencher de forma correta a caderneta do idoso.

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

- Metas 5:** -Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade
- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
 - Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da ação: A partir do monitoramento das consultas e das informações das cadernetas de saúde do idosos, os casos mais graves ou que correm um maior risco à saúde serão identificados e monitorados com visitas e consultas frequentes. Orientar os médicos e enfermeiros para que possam realizar a avaliação de fragilização na velhice e listar os idosos avaliados e que apresentem indicadores de fragilização.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.
- Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.
- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

Detalhamento da ação: Pactuar com a equipe a flexibilização da agenda para o atendimento aos idosos com maior risco.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

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

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

Detalhamento da ação: Utilizar as consultas, visitas domiciliares, e atividades coletivas para orientar e informar os idosos sobre os riscos e sobre a importância do acompanhamento contínuo dos idosos. Além disso, fortalecer parcerias com a comunidade no intuito de promover a socialização dos idosos.

Eixo Qualificação Da Prática Clínica

Ações:

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

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

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

Detalhamento das ações: A unidade de saúde encontra-se em zona periférica e pobre, a rede social é precária sem nenhum subsídio para os idosos. Dessa forma, a equipe vai identificar os mais desfavorecidos e os que estão sendo mais afetados. Fazer parcerias com o CRAS e NASF, e outras instituições para capacitação e encaminhamento dos casos que não podem ser resolvidos pela UBS.

Objetivo 6 Promover a Saúde dos Idosos

Metas 6: - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

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

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

Eixo Monitoramento E Avaliação

Ações:

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

-Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

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

-Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

-Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações: Dispor de orientações em todas as consultas e encontros sobre alimentação saudável e higiene bucal. Buscar sintonia com o NASF para desenvolver ações em grupo abordando o tema da obesidade e prática de atividade física. Registrar no impresso de acompanhamento os idosos que praticam atividade física, os que por recomendações médicas necessitam ou são impedidos.

Eixo Organização e Gestão Do Serviço

Ações:

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

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

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

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

Detalhamento da ação: Todos os profissionais devem estar preparados para oferecer orientações sobre alimentação saudável e atividades físicas nas consultas e atividades coletivas. Agendar reunião com a diretora da unidade com objetivo de firmar parcerias institucionais para realização de atividades físicas.

Eixo Engajamento Público

Ações:

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

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

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

Detalhamento da ação: Nos espaços coletivos serão feitas orientações sobre os hábitos saudáveis, atividade física e higiene bucal.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento das ações: buscar parceria com o NASF para a elaboração de encontros com idosos hipertensos e diabéticos sobre educação alimentar e sua importância para o controle da doença. Além de organizar capacitações sobre atividade física e higiene bucal com a participação de algum odontólogo convidado e de profissionais do NASF.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;

Meta 01: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 01: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Objetivo 02: Melhorar a Qualidade da Atenção a Saúde do Idoso

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Meta 3 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 06 Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso vamos adotar o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, de 2006. Utilizaremos a Caderneta da Pessoa Idosa e o prontuário clínico disponíveis no município. Estimamos alcançar 100% dos

idosos, necessitamos da colaboração, principalmente, dos agentes comunitários de saúde para a intensa busca dos idosos, tendo que totalizar o cadastramento de 216 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das cadernetas da pessoa idosa e para impressão de materiais complementares indispensáveis para o acompanhamento do idoso como a ficha de avaliação multidimensional. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que será preenchida pela enfermeira da unidade.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta e avaliação nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a caderneta e livro de registro. Ao mesmo tempo realizará primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

Todas as ações foram necessárias após a análise situacional e a definição de um foco para a intervenção que já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico do Idoso para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à saúde dos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e ACS em alguns momentos do dia. Idosos com hipertensão e diabetes serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação e adesão ao serviço de saúde. Idosos com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os idosos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que sete dias. Para acolher a demanda não

3 Relatório de Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.

Ações do Objetivo – Cobertura

A maioria das ações prevista nesse objetivo foram cumpridas. As facilidades encontradas se baseiam na organização das atribuições da equipe. Foi um processo de início difícil pois envolve uma preparação/capacitação da equipe para expor a importância dessas ações.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica foram:

-Acolhimento dos idosos

-Fornecido caderneta de Saúde do Idoso a 100% dos idosos da área de abrangência.

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

-Informado a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

-Capacitação da equipe no acolhimento aos idosos.

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

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

As ações de cobertura foram executadas, o início se buscou a divulgação da importância do acompanhamento para o idoso e comunidade assim como a capacitação dos membros da equipe, ocorreu sem dificuldades.

O fornecimento da Caderneta da Pessoa Idosa foi feito por meio das consultas de enfermagem e médica e as entregas com preenchimento também pelos ACS nos momentos de visitas domiciliares.

Ações do Objetivo – Qualidade

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Eixo Monitoramento e Avaliação; Eixo Organização e Gestão do Serviço; Eixo Engajamento Público; Eixo Qualificação da Prática Clínica. As ações de qualidade em sua maioria foram realizadas por envolvimento dos profissionais, gestores em prol da assistência de qualidade. Os mecanismos necessários foram providenciados e cobrados quando necessário.

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

-Realizado a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

-Realizado visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

-Rastreado 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Aferição da PA em toda pré- consulta, visita domiciliar de todos os cadastrados.

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

-Realizado avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

- Monitorado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorado o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.
- Monitorado o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
- Monitorado realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Monitorado o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorado número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorado a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.
- Garantido os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro...).
- Definido as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Definido atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantido busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizado a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantido a solicitação dos exames complementares.
- Garantido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- Organizado a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

- Melhorado o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- Garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. (Pactuação com a gestão com o objetivo de conseguir material e manutenção adequada dos materiais para medida da pressão arterial).
- Melhorado o acolhimento para os idosos portadores de DM.
- Organizado acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Oferecido atendimento prioritário aos idosos.
- Orientado a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhado com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientado os pacientes 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.
- Orientado os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientado os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares."
- Orientado os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Informado a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
- Orientado a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientado a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientado a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientado a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

- Orientado 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.
- Orientado à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
- Informado a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.
- Esclarecido a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvido a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.
- Capacitado os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinado a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- Treinado a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
- Capacitado a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitado a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitado a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Realizado atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitado a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitado os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- Orientado os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientado os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Capacitado a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitado 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.
- Capacitado a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
- Capacitado a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitado os ACS para captação de idosos.

A orientação e capacitação foram grandes ações realizadas seguindo o objetivo da qualidade. Os materiais necessários para a efetivação da assistência foi conseguido e providenciado pela gestão, a maioria chegou em média de três dias após solicitado.

O engajamento com os usuários foi de extrema importância para passar de melhor maneira possível todas as orientações de saúde à parcela da população idosa.

O cuidado à saúde dos idosos foi proporcionada integralmente com as avaliações da saúde, priorização de medicamentos de farmácia popular e acolhimento com resolutividade nas redes de atenção.

Ações do Objetivo – Adesão

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Eixo Monitoramento e Avaliação; Eixo Organização e Gestão do Serviço; Eixo Engajamento Público; Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Todas as ações neste objetivo foram bem sucedidas e facilitadas por intermédio dos agentes comunitários de saúde.

- Monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.
- Organizado visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizado a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.
- Informado a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvido a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

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

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

-Definido com a equipe a periodicidade das consultas.

A organização dos processos de trabalho assim como das ações dos outros membros da equipe foi fundamental para proporcionar a execução das ações de adesão.

As visitas domiciliares eram agendadas para os idosos que faltavam as consultas. O conhecimento dos ACS sobre a rotina do serviço e organização do fluxo na unidade facilita a transmissão de informações na área de abrangência, favorecendo acesso com qualidade ao usuário.

Ações do Objetivo – Registro

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Eixo Monitoramento e Avaliação; Eixo Organização e Gestão do Serviço; Eixo Engajamento Público; Eixo Qualificação da Prática Clínica.

-Mantido registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

-Mantido as informações do SIAB atualizadas.

-Implantado planilha/registo específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

-Pactuado com a equipe o registro das informações.

-Definido responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

-Monitorado os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

O registro foi realizado para toda equipe de maneira organizada. O registro das consultas acontecia por meio das fichas-espelho, disponibilizada pela UFPEL, e prontuário.

A Caderneta da Pessoa Idosa era preenchida a cada consulta ou aparição na unidade de saúde, a orientação da sua importância de portar em qualquer ambiente que preste serviços de saúde era repassado pelos profissionais. Assim como o direito ao acesso das informações escritas.

Ações do Objetivo – Avaliação

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Eixo Monitoramento e Avaliação; Eixo Organização e Gestão do Serviço; Eixo Engajamento Público; Eixo Qualificação da Prática Clínica.

-Investigado a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

-Avaliado a rede social de 100% dos idosos.

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

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

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

-Priorizado o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

-Priorizado o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

-Facilitado o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

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

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

- Orientado os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.
- Capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.
- Capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
- Capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Quando identificado idosos com necessidades que demandava mais atenção da equipe, em casos de fragilização da velhice, rede social desfavorecida e com risco de morbimortalidade, o monitoramento era feito por visitas domiciliares, consultas agendadas para acompanhamento, priorização no atendimento.

Ações do Objetivo – Promoção da Saúde

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas nos eixos: Eixo Monitoramento e Avaliação; Eixo Organização e Gestão do Serviço; Eixo Engajamento Público; Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Garantido orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.
- Garantido orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.
- Monitorado a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- Monitorado o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- Monitorado a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- Monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular.
- Monitorado as atividades educativas individuais.
- Definido o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definido o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandado ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

- Organizado tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Orientado os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientado os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientado os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.
- Capacitação da 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".
- Capacitação da equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitação da equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- Capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

- Tive a oportunidade de sentar e conversar com os profissionais para promover a educação continuada, abordando as mudanças de comportamento, cognição e estilo de vida dos idosos e enfatizei a importância da busca ativa dos idosos na área através de subsídio teórico para tal.

De início tivemos uma resistência de alguns profissionais que seriam cruciais para o andamento da intervenção - os agentes comunitários de saúde. Logo após algumas conversas em meio a estas capacitações conseguimos estabelecer algumas metas para cada um, de igual forma, como o rastreamento de pelo menos 5 a 6 idosos por semana. Essa estratégia ajudou a contentar brandamente os humores. Quanto à assistência médica era feita depois de uma avaliação da enfermeira quanto à necessidade de um diagnóstico médico ou qualquer encaminhamento.

Como referido no projeto, o protocolo de assistência ao idoso pautado pelo Ministério da Saúde foi crucial para o desenvolvimento desta intervenção, a partir da inserção do protocolo montamos um fluxograma de atendimento e definimos atribuições/responsabilidades para cada profissional da equipe.

Quanto à abordagem dos recursos materiais tivemos uma boa resposta da gestão, conseguimos impressos e reposição dos mesmos, assim como materiais para as medidas antropométricas. Todos os idosos passavam por um acolhimento e em seguida eram direcionados a sala de preparo onde aferia-se a pressão arterial e medidas antropométricas. Nas consultas clínicas realizadas pelo enfermeiro ou médica da equipe foram solicitados exames necessários de acompanhamento ou diagnóstico, buscando a responsabilização dos gestores para a garantia da realização dos mesmos. No acompanhamento dos idosos acamados, os agentes comunitários de saúde fizeram uma lista dos acamados e com problemas de locomoção para viabilizar/organizar as visitas domiciliares. Nas reuniões de equipe discutíamos sobre os casos que necessitavam de visita e um acompanhamento. Os idosos faltosos nas consultas foram registrados por meio do nome e prontuários, e posteriormente os agentes comunitários de saúde iam a suas casas para reagendar a consulta e saber o motivo da ausência. Dependendo da situação agendava-se uma visita domiciliar.

Quanto ao engajamento público conseguimos manter uma boa relação dos usuários com o serviço de saúde por meio das reuniões em grupo, consultas individuais, através do grupo formado para os idosos, nas visitas domiciliares, nas atividades coletivas no geral. Orientei os ACS que em suas visitas falassem sobre importância do acompanhamento do idoso pela unidade de saúde, essa ação ajudou bastante a procura da unidade pelos idosos. Por estar localizada em zona periférica e pobre, a unidade de Saúde conta com uma rede social precária e sem nenhum subsídio para os idosos. Dessa forma, quando se identificou casos que envolviam um déficit social e econômico, buscamos ajuda do CRAS e NASF.

Exemplificando a ajuda do CRAS e NASF: “O grande destaque foi à discussão de um estudo de caso de senhor de 85 anos inserido em um meio social e familiar desestruturado. O mesmo mora com três netos adolescentes, em um casebre com péssimas condições sanitárias, sua filha mora ao lado, mas não assumi nenhuma responsabilidade devido ameaças dos sobrinhos que recebem a aposentadoria. O idoso toma banho sozinho, tem dificuldades de deambular e o agravante se dá pela presença de uma úlcera venosa no membro inferior direito. Seus curativos são realizados um dia sim e outro não

pela única técnica de enfermagem da equipe e em consequência da grande demanda na unidade de saúde, ela tem restrições de tempo. A equipe acionou o NASF e CRAS para ajudar a conduzir a intervenção, fizemos uma reunião expondo todo o histórico do paciente, fomos a sua residência e assim aguardamos uma avaliação e planejamento das ações para o caso”.

Em todos os momentos do atendimento clínico foi feita a entrega e/ou preenchimento da caderneta da pessoa idosa, foi possível orientar sobre a importância da caderneta para o acompanhamento e fazer o registro das informações dos atendimentos nos serviços de saúde e agravos/doenças que envolvem o idoso. A partir do monitoramento das consultas e das informações das cadernetas de saúde do idoso, os casos mais graves ou que correm um maior risco à saúde eram identificados e monitorados com visitas e consultas frequentes. A análise multidimensional e o exame físico proporcionaram uma melhor visão para os casos de fragilidade na velhice.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Ações do Objetivo – Cobertura

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

Nessas ações encontramos dificuldades em desenvolvê-las integralmente devido a grande quantidade de idosos que não participava das ações e serviços disponibilizados pela unidade de saúde. A intervenção foi um período de captura dos mesmos.

Ações do Objetivo - Qualidade

- Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.
- Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- 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.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Percebe-se que nas ações do objetivo da Qualidade em nenhum dos eixos as ações que envolvem saúde bucal, com exceção da avaliação da saúde bucal do idoso, foram desenvolvidas, pois a equipe em que atuo não existe cirurgião-dentista. A capacitação de outros profissionais quanto ao atendimento odontológico foi adiada até a chegada do profissional.

Engajamento Público - Sobre o conselho comunitário venho a dizer que nesses três meses não encontrei ninguém no prédio para buscar informações de funcionamento. O prédio se localiza por trás do posto, em vários momentos passo em frente, mas os funcionários e representantes não se encontram. Liguei para secretaria de saúde, mas ainda não consegui falar com nenhum responsável.

Ações do Objetivo – Registro

- 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.

Os registros foram feitos referente a cada idoso cadastrado, mas o sistema de alerta quanto ao atraso não consegui porque nosso sistema não é computadorizado e não tinha outro profissional disponível para a análise contínua dos registros.

Ações do Objetivo – Avaliação de Risco

- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.
- 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.

A monitorização de todos os idosos ainda é um dos objetivos que foram alcançados por completo devido a alta quantidade de idosos com rede social deficiente, que apresentam baixa renda mensal, famílias desestruturadas, entre outros.

Quanto à socialização da pessoa idosa houve o estímulo, mas as condições para desenvolver foi falha. Conseguimos fazer o grupo dos idosos vinculado ao grupo de caminhada existente na unidade. Este grupo colheu fez a diferença no social e dinâmica da vida dos idosos. Mesmo assim faltou uma maior intensidade dos trabalhos em igrejas, escolas.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

- As dificuldades foram poucas quando me refiro à coleta de dados e sistematização dos mesmos. No geral, tive dificuldades no atendimento por falta de sala disponível, e pela ausência de um cirurgião-dentista na equipe.

- Quanto a abordagem da ausência do cirurgião dentista, destaco que os outros dois dentistas (responsáveis por outras áreas) não aderiram a proposta da intervenção referindo a sobrecarga de pacientes, pois eu (enfermeira) sou do provab assim como a médica da equipe que estar intervindo na melhoria da qualidade da saúde da criança. Uma dentista é bem atuante, mas não quis assumir a responsabilidade sozinha, pois o outro dentista não é um profissional acessível e mal aparece no posto.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Todas as ações inseridas no ambiente de trabalho dos profissionais referidos a intervenção continuam ao passo de uma longa conscientização de todos os funcionários nos momentos de esclarecimento e capacitação mensal. Foi acordado com a equipe a continuidade e a importância da atenção ao idoso

em suas casas, na prioridade ao atendimento clínico, no repasse de orientações sobre o estilo de vida saudável, higiene corporal, tentar abordar o idoso de uma forma integral e não pelo medicamento que usa, ou pela doença que tem.

Ainda é necessário cadastrar mais idosos da área de abrangência, essa meta foi a que senti uma maior dificuldade em virtude de tempo e espaço físico. Houve momentos em que necessitei ir fazer visitas domiciliares para realizar cadastros de idosos que não tinham problemas com deambulação.

Faço uma boa reflexão sobre a intervenção porque tenho encontrado resultados na organização do fluxo de atendimento, os profissionais estão cumprindo as incumbências propostas, mas no dia-a-dia a situação é um pouco mais complicada, não tenho sala para atender essa demanda. Na unidade tem uma sala para três enfermeiros o que dificulta os atendimentos e interesse dos idosos. Um ambiente apropriado deve existir para deixar o idoso confortável e conseguir buscar soluções para algumas queixas, ou simplesmente atender com qualidade.

Minhas expectativas com a intervenção até agora estão sendo alcançadas, estou feliz por essa experiência maravilhosa de atuar mais com os idosos, estou notando a mudança no fluxo dos idosos na unidade que antes era ausente, aos poucos está se formando um vínculo sadio com os mesmos. Obtive, além disso, um crescimento pessoal. Conheci de perto as fragilidades de ser “maduro” como também o prazer em viver. Fico grata por essa espetacular experiência.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde do idoso. Na área adstrita à equipe existem 216 idosos nesta faixa etária. A quantidade de idosos que participaram da intervenção foram 157, na equipe 85, atingindo uma cobertura de 72,7%, nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram atendidos 48 idosos (22,2%), no segundo mês 97 (44.9%) e no terceiro mês 157 (72,7%).

Esse resultado foi condizente com o esforço da equipe, após compreensão da importância sobre o cuidado com os idosos, mesmo vivenciando a falta de estrutura física que limitava o atendimento; a demora na busca ativa dos ACS; a população que possuía um vínculo frágil com a unidade, sendo a maioria do atendimento da UBS voltado para os idosos hipertensos e diabéticos.

Devido à pequena demanda de idosos, mesmo após a busca ativa, tive que realizar visitas domiciliares para aumentar o quantitativo de avaliações e da cobertura. Essas ações facilitaram a melhoria do indicador e principalmente o reconhecimento da população em relação ao serviço de saúde prestado pelos profissionais, os idosos entenderam que a equipe é um ponto de apoio para a atenção com a saúde. No primeiro mês foram atendidos 48 idosos (22,2%), no segundo mês 97 (44.9%) e no terceiro mês 157 (72,7%).

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

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

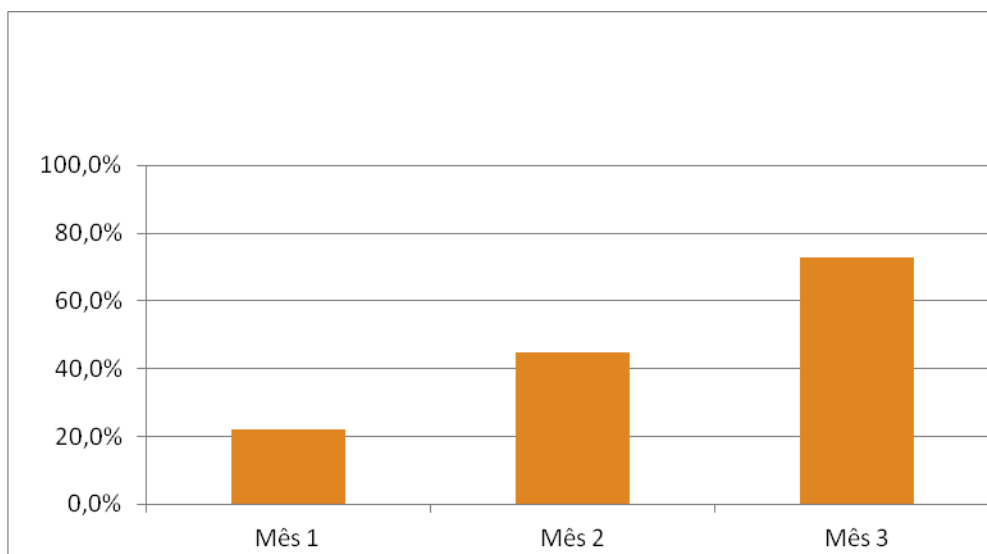


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Área da ESF Planície das Mangueiras, 2014.

Os indicadores relacionados à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional em dia e à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia têm o mesmo denominador que é o número de idosos cadastrados. Nestes dois indicadores obtivemos 100% do exame clínico e avaliação multidimensional rápida. Os motivos para o bom desempenho se dá por um atendimento clínico completo seguindo o protocolo de assistência do ministério da saúde. Deve-se também ao fato da unidade disponibilizar de recursos materiais e humanos (como o técnico de enfermagem que verificava os sinais vitais e tomava as medidas antropométricas).

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;

Metas 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.

Metas 2.2: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

O indicador da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. No primeiro mês foram cadastrados 37 idosos que todos estavam com solicitação de exames em dia, assim como no segundo mês que 68 hipertensos e/ou diabéticos

tinham solicitação em dia e no terceiro mês foram 114 idosos. Neste indicador conseguimos também chegar a meta de 100%. Os exames de rotina sempre eram solicitados tanto em consultas da enfermagem como em consulta médica, principalmente para os idosos que fazem uso de medicamentos para controle glicêmico. Quanto a exames mais específicos a demanda e a necessidade do idoso, após uma avaliação, eram prescritos pela médica. A interação da enfermagem com a médica favoreceu esse fluxo e acompanhamento dos idosos de acordo com suas necessidades. O indicador referente a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada: no primeiro mês de intervenção 40 idosos tinham prescrição de medicamentos de farmácia popular indicando uma porcentagem de 83,3%, no segundo mês foram 73 idosos para uma porcentagem de 75,3% e no terceiro mês foram 119 idosos para uma porcentagem de 75,8%. Esses valores oscilaram porque a quantidade de idosos diagnosticados de hipertensos, diabético, asmático, entre outros (que utilizam medicamentos pela farmácia popular) era variante em cada mês e devido a priorização do acompanhamento dos idosos com doenças crônicas que não realizavam atendimento na unidade, a maioria destes estavam em acompanhamento com o serviço especializado e as medicações prescritas não eram as priorizadas em farmácia popular. O motivo para esse resultado se enquadra na fixação de uma tabela de medicamentos disponibilizados pelo SUS a disposição da médica e da enfermagem. Devido a interdição da farmácia da unidade há cerca de oito meses, os idosos já tinham uma farmácia popular na vizinhança que eram cadastrados ou também eram orientados a buscar em um posto mais próximo. É interessante alcançar o acompanhamento desses idosos pelos serviços da unidade de saúde por meio da busca ativa e monitorar por meio das visitas domiciliares dos ACS.

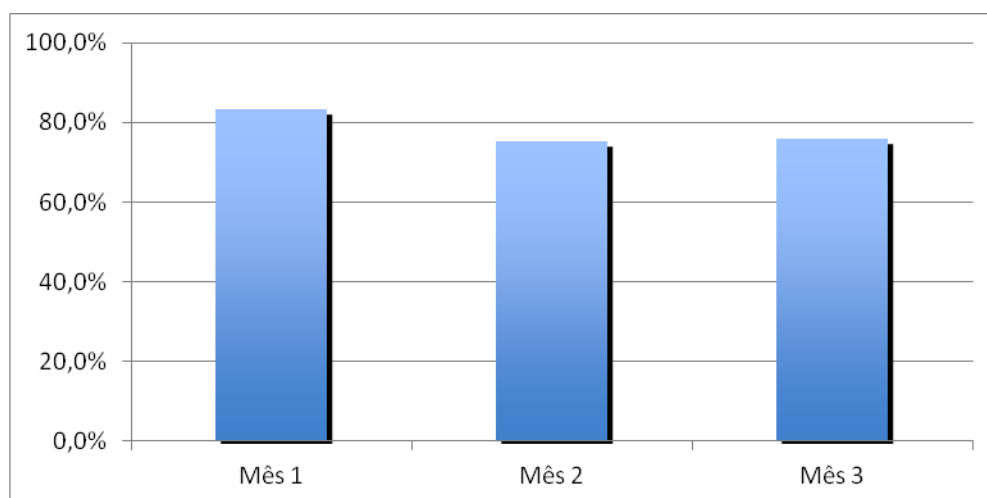


Figura 2 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Área de ESF Planície das Mangueiras, 2014.

Metas 2.3: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Os indicadores de proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar tiveram o mesmo quantitativo nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram cadastrados 10 idosos acamados ou com problemas de locomoção e os 10 receberam visitas domiciliares, no segundo mês foram cadastrados mais 10, totalizando 20 idosos cadastrados e que receberam visita e no terceiro mês foram identificados e cadastrados 41 idosos e todos receberam visita domiciliar. Esses indicadores obtiveram uma porcentagem de 100% devido, principalmente, ao compromisso dos agentes comunitários de saúde na busca e cadastramento desses idosos; o que dificultou nos primeiros meses uma maior proximidade com os acamados foi a organização do tempo e tarefas/demandas da unidade não relacionadas a intervenção.

O indicador da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Esse indicador também atingiu a meta de 100%, pois todos os idosos que foram cadastrados aferiram a P.A na última consulta. Esse

indicador foi favorecido por si só, afinal em todas as consultas realizadas pelos profissionais da unidade é realizada a aferição dos sinais vitais, seguindo o protocolo municipal.

Metas 2.5: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Aferição da PA em toda pré-consulta, visita domiciliar de todos os cadastrados.

Metas 2.6: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Em relação ao indicador referente a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes tivemos no primeiro mês cadastrados 35 idosos hipertensos e os 35 foram rastreados (fizeram exames para saber se tinham diabetes) para diabetes, no segundo mês foram cadastrados 63 hipertensos e os 63 foram rastreados para diabetes e no terceiro mês 107 hipertensos e 107 rastreados para diabetes. Assim conclui-se que a meta para o rastreamento de idosos com hipertensão para diabetes através de exames ou avaliação clínica foi realizado em 100% dos casos. Esse indicador atingiu a meta de 100% devido ao alto controle feito pela equipe dos pacientes hipertensos por meio de exames complementares, exames físicos e anamneses mais aprofundadas.

O indicador de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Todos os idosos cadastrados foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico tendo atingido 100% nos três meses. O motivo para esse bom resultado condiz com a realização do exame físico e anamnese.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.8: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

O indicador de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada. Nenhum idoso teve consulta odontológica programada devido a inexistência de um dentista cirurgião na equipe, a dentista foi manejada para outra unidade de saúde e a secretaria de saúde não providenciou a alocação

de um novo dentista. A comunidade fica desassistida, na maioria, e em casos que precisam de uma intervenção de urgência os dentistas das demais equipes atendem. Neste indicador a ausência de um dentista compromete seu resultado.

O indicador da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. No primeiro mês 11 idosos faltaram as consultas e os 11 receberam busca ativa, no segundo mês 31 faltaram e os 31 receberam busca ativa e no terceiro mês 50 faltaram e os 50 receberam busca ativa. Esse indicador atingiu a meta de 100% devido a organização e monitoramento realizado pela enfermeira e pelos agentes comunitários de saúde. Ao final do dia era escrito em livro de ata o nome dos idosos faltosos e no dia seguinte era repassado para os agentes comunitários de saúde, referido a sua micro área, que iam em busca dos mesmo para uma nova remarcação.

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

Meta 3 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programada.

O indicador proporção de idoso com registro na ficha espelho em dia. O indicador atingiu o valor de 100% da meta, isso se deu pelo controle das informações em fichas separadas por mico área, em todas as situações buscava-se referências das fichas espelho.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Metas 4: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

O indicador da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. No primeiro mês de intervenção apenas 13 idosos tinham a caderneta em porcentagem foi de 27,1%, no segundo mês 51 tinham a caderneta que referiu 52,6% e no terceiro mês 111 com 70,7% idosos que tinham a caderneta. A progressão existente neste indicador se deve a cobrança e repasse da importância da mesma nas consultas; a uma maior divulgação de sua necessidade; e também devido a uma maior entrega a comunidade,

realizada pelos agentes comunitários de saúde, principalmente, e pelos demais componentes da equipe. Na unidade a entrega era feita pela enfermeira. O seguimento desta ação será nas consultas de enfermagem e médica.

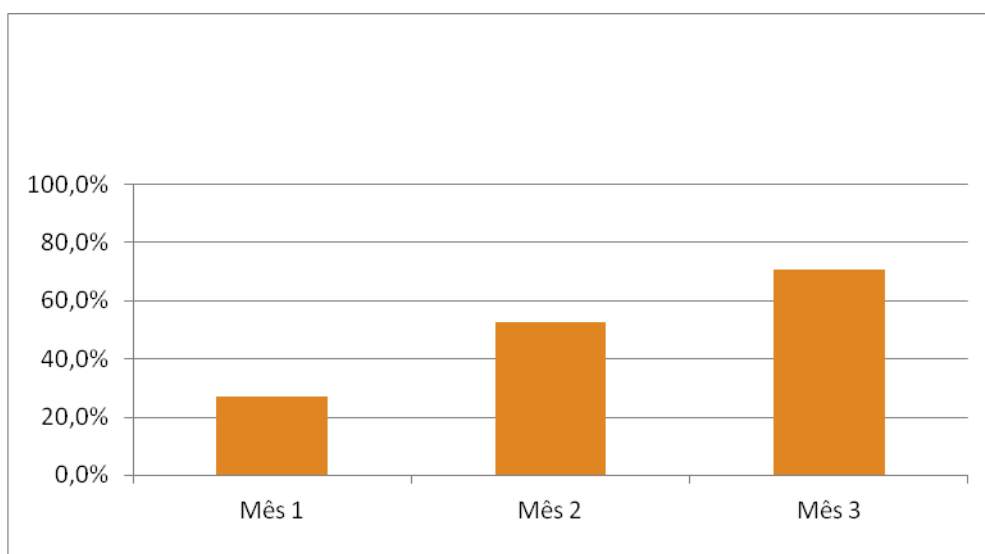


Figura 3 – Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Área da ESF Planície das Mangueiras, 2014.

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

Metas 5: - Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

- Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Os indicadores de proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade; proporção de idosos com avaliação para fragilidade na velhice em dia; a proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Apresentam respectivamente em seus numeradores: o número de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade; número de idosos avaliados quanto a fragilidade na velhice, e; número de idosos com avaliação social em dia, todos pelo denominador com o número de idosos cadastrados. Os três indicadores atingiram a meta de 100%. Esse resultado positivo se deu pelo atendimento pautado no protocolo de assistência do ministério da saúde que funcionam de

forma global sob o idoso e seus principais aspectos, referidos a sua faixa etária.

Os indicadores da proporção de idosos que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis, e; o da proporção de idosos que receberam orientações sobre a prática de atividade física. Com exceção do primeiro mês para o indicador de orientações para atividades físicas regulares que teve um paciente que não foi informado devido o mesmo se encontrar em estado final de um câncer, os demais atingiram a meta de 100%. Esses são indicadores fáceis de ser realizado pois se baseiam no repasse de orientações que pode ser feito em qualquer momento das consultas, em atividades coletivas e por todos os profissionais existentes na unidade.

Objetivo 6 Promover a Saúde dos Idosos.

Metas 6: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.1: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

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

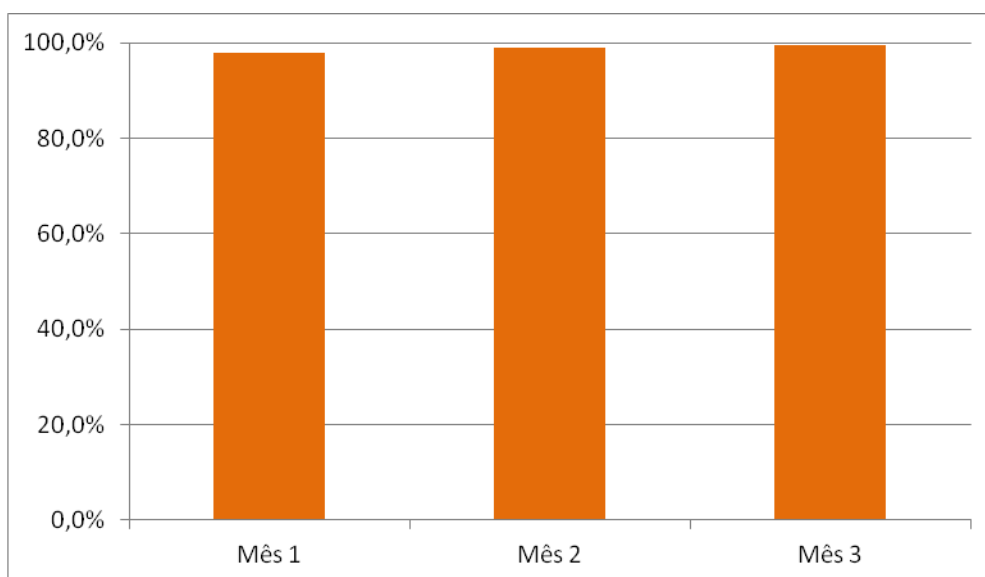


Figura 4 – Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Área da ESF Planície das Mangueiras, 2014.

O indicador da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal. Diante da inexistência de um cirurgião dentista na área não houve nenhuma consulta programada e com isso as orientações individuais de cuidado com a saúde bucal não foram feitas. Os outros profissionais falaram da importância da higiene bucal, mas os idosos não tiveram nenhum contato e avaliação com o especialista. Esse motivo dificultou a melhoria deste indicador.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, à melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação da avaliação multidimensional.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cuidado e atenção ao idoso, também entender a fisiologia do corpo na fase idosa, como deve proceder à avaliação, anamnese, para assim tornar uma abordagem integral. Esta atividade promoveu o trabalho da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem e da recepção.

A médica colaborou com os atendimentos clínicos encaminhados pela enfermagem para uma maior e definida avaliação. A enfermeira foi quem repassou as recomendações do Ministério da Saúde para toda a equipe e que realizou a avaliação multidimensional, visitas domiciliares direcionadas. A técnica de enfermagem organizou os registros com a ajuda da enfermeira e também aferiu os sinais vitais e as medidas antropométricas que antecederam as consultas. Os agentes comunitários de saúde realizaram a busca ativa dos idosos e realizavam juntamente com a enfermagem a entrega da caderneta da pessoa idosa, as capacitações foram de fundamental importância para os agentes que a partir de tal conseguiram identificar melhor situações que necessitavam de maior atenção pela equipe de saúde, assim como adquiriram conhecimentos para realizar orientações de alimentação, higiene, entre outros.

Antes da intervenção as atividades de atenção à pessoa idosa eram concentradas na médica, com a prescrição de medicamentos e a renovação de receitas para hipertensos e diabéticos, no geral. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A avaliação multidimensional dos idosos foi crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. A população idosa da comunidade só teve a ganhar com a intervenção, pois se encontravam desassistidos pela unidade de saúde que fazia apenas o diagnóstico e tratamento, e não a prevenção de risco e a proteção da saúde. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Também faria diferente em relação ao contato e participação dos gestores locais na intervenção. Acredito que eles poderiam ajudar na divulgação da intervenção para a comunidade, como também em ideias de assuntos e palestras para o grupo de idosos,

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos idosos, em especial os com risco de morbimortalidade e necessidades de visitas domiciliares.

A equipe pretende continuar investindo na ampliação de cobertura dos idosos. Tomando este projeto como exemplo, também temos planos de implementar o programa de hipertensos e diabéticos na UBS. Fomos avisados

que a unidade de saúde irá passar por reformas estruturais, com isso o desempenho da ação aos idosos poderá ampliar a cobertura e também o vínculo dos profissionais com os usuários que por vezes não são atendidos por falta de consultório. Próximo passo é dar ainda mais suporte teórico e prático aos profissionais que fazem parte da equipe para uma melhor atuação daqui para frente.

4.3 Relatório para os gestores

Esse relatório tem como objetivo explicitar aos senhores gestores o resultado da intervenção para qualificação da atenção a saúde da pessoa idosa, por intermédio do curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL, elaborado para atender os eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção foi realizada por meio de ações com metas para uma maior cobertura assistencial, promoção da saúde, assistência de qualidade fundamentada no protocolo de atendimento clínico do Ministério da Saúde, adesão da comunidade e dos profissionais inseridos no serviço de saúde. Ao término, pode ser considerado de sucesso, pois devido ao acompanhamento dos idosos e também uma maior interação com os usuários conseguimos implementar na unidade de saúde um novo olhar para o cuidado do idoso.

Por meio desta intervenção, foi possível melhorar a assistência prestada na unidade nos seguintes aspectos: aumento da cobertura de idosos cadastrados para 72,7%, totalizando 157 de um total de 216 idosos, acolhimento, fluxo do usuário na própria unidade, acompanhamento de usuários com alguma enfermidade entre outros. Na unidade de saúde não existia o acolhimento. Com o início do projeto e após algumas reuniões todos os profissionais foram orientados quanto a escuta qualificada, as condutas de ética, a orientação sobre o fluxo da unidade, possibilitando uma atenção mais qualificada ao usuário. O maior acompanhamento clínico dos profissionais para com os usuários e/ou idosos com hipertensão e diabetes fica explícito com o indicador de 100% da avaliação multidimensional dos idosos cadastrados; 100% dos idosos com exames clínicos em dia; 100% da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, entre outros. A resolutividade

proporcionada pelos serviços da unidade influenciou na pequena quantidade de idosos faltosos e na eficiente busca ativa de 100% dos idosos que faltaram.

Muitos foram os aspectos que dependeram da gestão para acontecer, dentre eles: a disposição da caderneta da pessoa idosa que é fundamental para esclarecimento e condições de saúde do idoso em qualquer lugar que o mesmo vá, esse indicador teve um aumento progressivo, chegando a 70,7% no último mês; a disposição da ficha espelho que é de extrema importância para a realização de uma avaliação integral e armazenamento de informações da saúde do paciente na unidade como um medida de suporte para um acompanhamento contínuo, 100% dos idosos cadastrados tiveram suas fichas espelho preenchidas e atualizadas; pela divulgação da intervenção para outras equipes da unidade de saúde e para a população.

Os idosos e os profissionais são os grandes beneficiados por essa atenção e desempenho dedicados a intervenção.

O pequeno repasse de recursos financeiros destinados aos municípios para a saúde, também realidade do município de Natal, pode ter sido um motivo para alguns entraves encontrados no caminho da intervenção. Ainda necessitamos da atenção de alguns gestores locais quando nos referimos a maiores orientações da rede de serviço da cidade para assim melhor atender os usuários, como também em dispor de mais salas para atendimento clínico. Existe também gratidão aos gestores que deram apoio e se interessaram pela intervenção e prestaram assistência teórica e técnica.

4.4 Relatório para a comunidade

Diante de todo o trabalho desenvolvido ao longo desses três meses de intervenção voltada para a atenção da pessoa idosa devo enfatizar os benefícios da comunidade através do aprendizado disposto pela unidade de saúde por meio de seus profissionais, que procuraram desenvolver um trabalho informando a comunidade sobre a importância do cuidado com a pessoa idosa.

A partir do curso de Especialização em Saúde da Família foi possível iniciar o diálogo com a comunidade, melhorar a interação com os idosos e envolver os profissionais e gestores nesse projeto.

Muitos foram os ganhos da comunidade com a implantação do projeto, entre elas podemos citar o aumento da cobertura, da equipe 85, dos idosos participantes na intervenção ao longo dos três meses em 72.7% (157), melhoria no acolhimento e fluxo do usuário na unidade de saúde. Isso foi possível pela melhor preparação dos profissionais em entender esse universo e aprender a escutar as necessidades de cada um. Outro ganho significativo foi a melhoria da assistência ao idoso por meio do protocolo do Ministério da Saúde que orientou os profissionais na identificação das prioridades e o direcionamento de exames para uma avaliação completa do idoso.

Devido à intervenção alguns atendimentos programáticos tiveram um pouco de restrições, pois foi necessário um tempo maior para formular, juntamente com a equipe, um planejamento e estruturação das ações que seriam realizadas. Mesmo diante desta questão houve o reconhecimento da comunidade porque automaticamente com o fluxo de idosos sendo regularizado, na unidade de saúde, outros programas seguiram a mesma linha de ordenamento proporcionando um benefício para toda comunidade.

Os resultados da intervenção mostram o quanto foi positivo para a comunidade as ações planejadas e desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família. A exemplo posso citar que todos os idosos que participaram da intervenção passaram por uma avaliação completa, tiveram exames clínicos apropriado em dia; os hipertensos e diabéticos tiveram solicitação de exames em dia; os idosos cadastrados como acamados ou com problemas de locomoção tiveram visitas de profissionais em suas casas; tiveram uma avaliação que indicava o risco de adoecer ou morrer; todos foram orientados sobre a importância de uma boa alimentação e dos exercícios físicos, entre outros.

O grupo de idosos foi planejado e ofertado para todos os idosos. O grupo contava com o auxílio da enfermeira, de um educador físico, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. As temáticas foram construtivas com intuito de orientar uma melhor qualidade de vida desses idosos, com orientações de alimentação saudável, a importância dos exercícios físicos, as mudanças que acontecem no corpo e como conciliar ao estilo de vida saudável, orientação sobre os tratamentos da hipertensão e diabetes, palestra sobre o câncer de mama e alimentos que previnem o câncer. Esses

momentos ficaram distribuídos em locais diferentes como um bosque, um clube disponibilizado pelo sindicato dos rodoviários e a própria unidade de saúde. A continuidade do grupo favoreceu um maior acompanhamento dos idosos e uma notória percepção do estilo de vida de alguns idosos.

Devido ao trabalho desenvolvido de engajamento com os usuários temos que reconhecer que o fortalecimento da aliança com a comunidade facilitou a incorporação de quaisquer que sejam as mudanças desejadas. Por conta disso, será possível continuar e incorporar ao serviço as mudanças realizadas até o momento. Claro que dificuldades ainda vão existir, pois muitos outros profissionais ainda não aderiram às ações protocoladas da intervenção e também não podemos negar as condições estruturais deficitárias da UBS. A interação/aliança da unidade com os usuários só tende a contribuir para o progresso desta intervenção.

A comunidade tem um importante papel para a continuação desse projeto e pode ajudar com sugestões para um melhor atendimento, sugestão de grupos como um de dança cultural, teatro, de enfrentamento, sugestões de temas para palestras ou rodas de conversas, momentos lúdicos, entre outros. E também comunicar sobre a intervenção para os vizinhos, amigos e familiares.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente as expectativas para o curso de especialização se norteavam na buscar por mais conhecimento na área da atenção básica e na atualização curricular, mas a doutrina exigida pelo curso proporcionou um maior comprometimento no processo de trabalho e nas relações com os usuários/profissionais, além de um melhor entendimento das necessidades dos idosos oportunizando a maior resolutividade dos casos. O trabalho desenvolvido na unidade de saúde ganhou magnitude depois de novos conceitos construídos e aprendizado renovado. Em virtude do pouco tempo de formação que tenho pude perceber que a conciliação de uma base teórica fundamentada na prática é a melhor forma de adquirir conhecimento e experiência. Foi esse o principal aprendizado do curso em função do desenvolvimento do meu trabalho.

A prática profissional na atenção primária à saúde acontece em todos os momentos no ambiente de trabalho e nunca vai ser saciada por completo, pois se apresenta de maneira complexa e com amplas particularidades. O curso de especialização significa uma estratégia profissional em buscar por novos caminhos para melhor atuação no processo de trabalho.

Muitos foram os aprendizados relevantes decorrentes do curso. Oportunizar a escuta qualificada que faz parte de um diálogo construtivo e vem a priori das ações necessárias para atender de maneira holística os usuários. Essa prática é de fundamental importância para que todos os profissionais possam assim dar resolutividade aos casos atendidos e melhorar o fluxo organizativo na unidade de Saúde. Esse processo de acolhimento possibilita agilidade no serviço e melhor direcionamento dos usuários na rede.

Outro aprendizado importante se baseia na organização dos registros. O acompanhamento de um usuário se torna mais fácil quando temos o suporte, dados sobre o histórico pessoal, familiar, avaliação multidimensional, interações psicossociais, entre outros. Essa ampliação do olhar favorecida pelos registros ajuda o profissional a melhor desenvolver suas condutas.

O posicionamento como profissional e agente do cuidado por meio do engajamento público me fez perceber que essa é a melhor forma de se adquirir aprendizado. Tive experiências alegres e tristes após o contato com os idosos, principalmente, quando fui ensinada a valorizar a vida e a partir daí poder sentir as necessidades dessa parcela da população, e, ainda melhor poder ajuda-los como profissional.

O curso trouxe mecanismos para melhor abordar e organizar as demandas na unidade de saúde. Referenciou-me diante da prática no serviço de rotina. A metodologia a distância foi uma nova e gratificante experiência, o modelo de formação disposto pela especialização compõe um roteiro organizado e que incentiva o aprendizado de forma dinâmica. As notas/pontuação quanto à pontualidade e assiduidade, no começo, foram complicadas pelo fato de ser um período de adaptação das diretrizes da universidade, mas que no decorrer do curso proporcionou disciplina e organização do horário.

Trabalhar articuladamente com a equipe instigou a busca por práticas novas. A adaptação da equipe foi difícil por existir pensamentos divergentes, mas as conversas foram suficientes para sanar qualquer obstáculo de interação e comprometimento. Aprendi a maneira de trabalho dos outros integrantes da equipe e por diversos momentos no serviço obtive conhecimentos que só o dia-a-dia proporciona.

Os resultados dessa intervenção foi o aprendizado contínuo para os profissionais que se engajaram neste processo de construção do conhecimento e também de benefícios para a comunidade, principalmente as pessoas idosas que encontraram um serviço mais organizado, com profissionais engajados em dispor de uma assistência resolutive.

Contudo, a intervenção veio para fomentar a teoria de que os idosos merecem e devem ter atenção integral e continuada, não apenas pautada em programas pontuais (modelo de assistência oferecido na atenção básica) e sim uma demanda de prioridades com direito a demanda alerta e espontânea no cotidiano dos profissionais da saúde e rotina da unidade de saúde.

6 Bibliografia

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Atenção à saúde do idoso e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MELO, Mônica Cristina; SOUZA, André Luiz; LEANDRO, Edélvio Leonardo; MAURÍCIO, Herika de Arruda; SILVA, Iêdo Donato; OLIVEIRA, Juliana Maria Oriá. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1579-1586, 2009.

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; ALVAREZ, Ângela Maria; PIRES, Denise Elvira Pires. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; HORTA, Natália Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013

ANEXOS



**PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO**

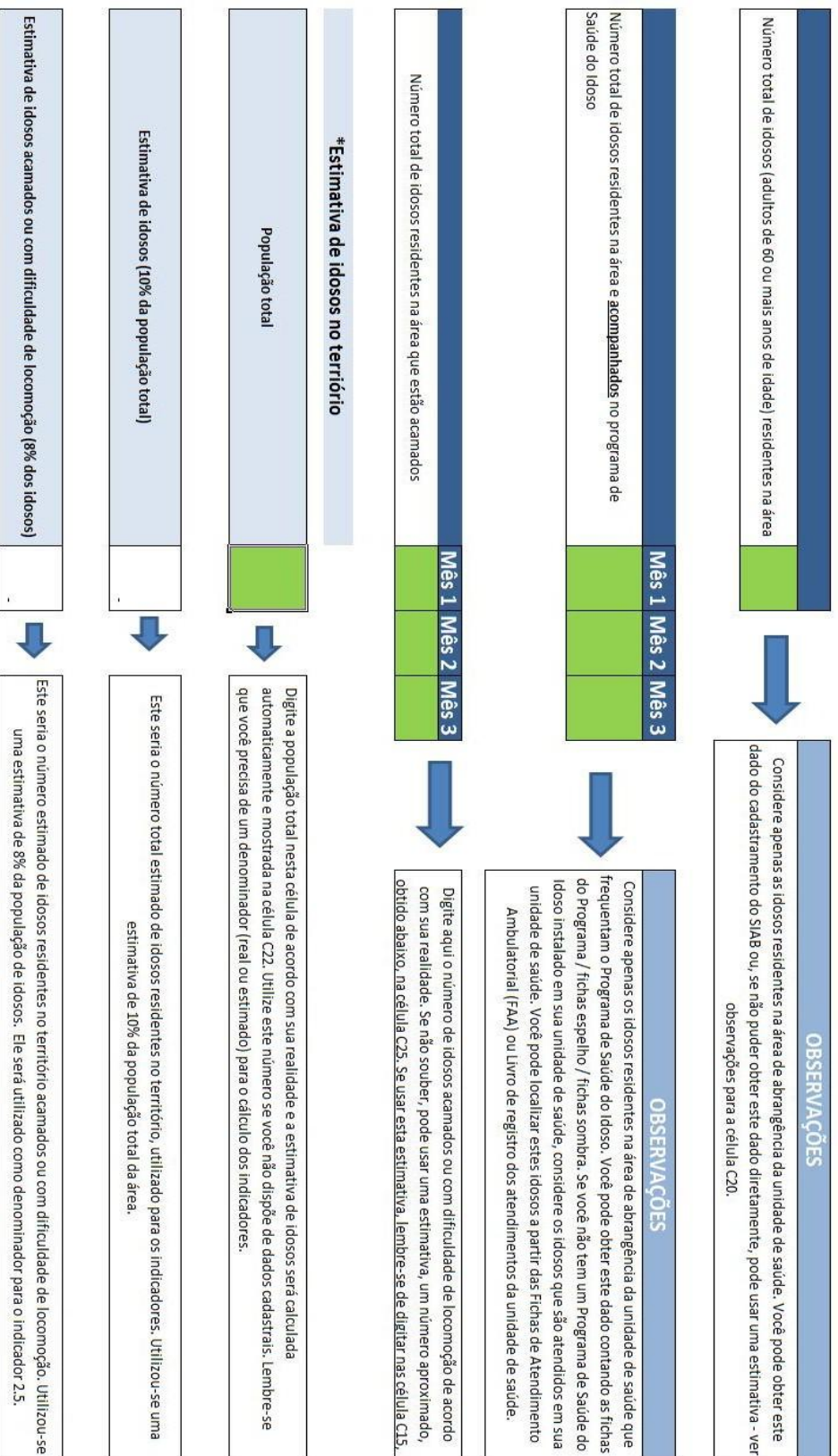
Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Nome completo: _____
 Endereço: _____
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Cadeira da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

Data	Nutrição	Visão	Audição	Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (normal ou alterado)					Ativ. diárias	Domicílio	Queda	Suporte social
				Incontinência	Ativ. sexual	Humor/ depressão	Cognição e memória	MMSS				


Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Para portadores de HAS e/ou DM		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Tem fragilidade?	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Data da próxima consulta
					Estratificação de risco Framingham	Lesões órgão alvo						

Anexo A – Ficha Espelho Saúde do Idoso

Anexo B – Planilha Coleta de Dados



Documento Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

