

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA**



**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso no Centro de Saúde Francisca Emília
Leite no município de São Francisco do Oeste/RN**

Marina Mayara Batista do Rêgo

São Francisco do Oeste/RN, 2015

Marina Mayara Batista do Rêgo

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso no Centro de Saúde Francisca Emília
Leite no município de São Francisco do Oeste/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ivone Andreatta Menegolla

São Francisco do Oeste/RN, 2015

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

R343m Rêgo, Marina Mayara Batista do

Melhoria da atenção à saúde do idoso no Centro de Saúde Francisca Emília Leite no município de São Francisco do Oeste/RN / Marina Mayara Batista do Rêgo; Ivone Andreatta Menegolla, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

60 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. Menegolla, Ivone Andreatta, orient II. Título

CDD : 362.14

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

Marina Mayara Batista do Rêgo

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso no Centro de Saúde Francisca Emília
Leite no município de São Francisco do Oeste/RN**

Monografia aprovada em 03 de fevereiro de 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 03 de Fevereiro de 2015

Banca examinadora:

.....

Prof.

.....

Prof.

.....

Prof.

Dedico este trabalho à Maza (*in memoriam*) e a toda
minha família.

Agradecimentos

À minha mãe, sempre, cheia de graça, amor e ternura.

Ao meu pai e meu irmão, por serem fortaleza e chão firme quando sou pusilânime.

Aos meus avós, tios, primos e amigos pelo incentivo e confiança que depositam em mim, por serem vento sob as minhas asas.

À Angela, tia querida, sem a qual nada teria sido possível.

À Maza (*In memoriam*), tio amado, que me ensinou que é possível ser grande quando se é pequeno, que me mostrou a nobreza da caridade e a gentileza do perdão da forma mais desprendida e pura, tal qual nos ensinou Jesus. Que Deus permita nosso reencontro.

À Ivone, orientadora dedicada, por abraçar comigo, esse projeto perdido e torto. Pela paciência infinda.

Agradeço a todos os meus pacientes, por me ensinarem, por me permitirem entrar em suas vidas, muitas vezes rasgando sua intimidade. Por permitirem que hoje, eu seja realidade.

E à Deus, fonte inesgotável de amor e força, pela oportunidade da vida outra vez.

Obrigada.

Mas, se indiferente à fortuna, aos prazeres, à ingratidão; e sabendo que te verás, muitas vezes, só entre feras humanas, ainda tiverdes a alma estóica o bastante para encontrar satisfação no dever cumprido, se te julgas suficientemente recompensado com a felicidade de uma mãe que acaba de dar à luz, com um rosto que sorri porque a dor passou, com a paz de um moribundo que acompanhastes até o final; se anseias conhecer o homem e penetrar na trágica grandeza de seu destino, então, torna-te médico meu filho.

Esculápio

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	População residente por Faixa Etária e Sexo, São Francisco do Oeste, 2012	
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	36
Figura 3	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	37
Figura 4	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	37
Figura 5	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	38
Figura 6	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	38
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	39
Figura 8	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	39
Figura 9	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	40
Figura 10	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	40
Figura 11	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	41
Figura 12	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	41
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	42
Figura 14	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	42
Figura 15	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	43
Figura 16	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	43

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ELISA	<i>Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

	Pág.
Apresentação	12
1. Análise situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2. Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e Metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	33
2.3.4 Cronograma.....	35
3. Relatório da Intervenção	36
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	36
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	37
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados	38
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	38
4. Avaliação da Intervenção	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discussão.....	48
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	50
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	52
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	54
Bibliografia	55
Anexos	56

Resumo

RÊGO, Marina Mayara Batista do. **Melhoria da atenção à saúde do idoso no Centro de Saúde Francisca Emília Leite no município de São Francisco do Oeste/RN.** 2015. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Introdução: Diante do aumento da demanda de idosos e das mudanças no perfil da saúde da população brasileira, sobretudo no interior do estado do Rio Grande do Norte/RN que os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar cuidado integral ao idoso. O município de São Francisco do Oeste apresentava 49% de cobertura de acompanhamento deste grupo (estimado 391 idosos), não era conhecido o nível da qualidade da atenção prestada e sua saúde bucal não era acompanhada. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi melhorar a atenção à saúde do Idoso do Município de São Francisco do Oeste/RN. Seus objetivos específicos foram: ampliar a cobertura da atenção à saúde aos Idosos, a adesão do idoso ao programa; a qualidade do atendimento; o registro de informação; mapear idosos de risco e promover sua saúde. **Metodologia:** Os sujeitos foram todos os idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade de saúde Emília Leite. Apresentamos uma proposta metodológica de intervenção que foi desenvolvida in loco num período de três meses com a participação de todos os profissionais lotados na unidade, foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Pessoa Idosa (19º Caderno de Atenção Básica), Brasília 2006 para normatização das rotinas a serem implantadas, no sentido de qualificar a atenção a saúde da pessoa idosa. **Resultados:** a cobertura da ação programática passou de 59 para 99%, a adesão chegou a mais de 80%, os indicadores de qualidade do atendimento atingiram ao final da intervenção a meta de 100% assim como o registro de informação. Os idosos de risco e acamados foram mapeados e houve ações coletivas e individuais de promoção a saúde. A saúde bucal foi muito pouco desenvolvida com indicador de cobertura menor que 10%. **Conclusão:** O estudo revelou a grande importância de qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa resultando em maior conhecimento, melhor atendimento e satisfação perante os usuários. Também foi possível perceber que os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade nos atendimentos por dificuldades no acesso e deslocamento nos serviços de saúde.

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

Apresentação

Este é o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/ UNASUS) que foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos no âmbito da atenção primária no município de São Francisco do Oeste/RN. A intervenção teve seu início em 19 de de e sua finalização ocorreu em 6 de fevereiro de 2014.

O volume está organizado em cinco partes, que são: análise situacional, análise estratégia, relatório de intervenção, avaliação da intervenção e a reflexão crítica. Na primeira unidade há a análise da situação inicial no município, um relatório de análise situacional e um texto comparativo entre a análise inicial e o relatório final. Na segunda unidade a partir da escolha de um foco para a intervenção foi elaborado o projeto de intervenção, seus objetivos, geral e específicos, metas, indicadores, a logística para seu desenvolvimento e um cronograma das ações. Na terceira parte m relatório de toda a intervenção realizada é apresentado, considerando o que foi previsto e realizado, ou não, as dificuldades, coleta de dados e viabilidade de manutenção do projeto após o término da intervenção. Na quarta parte são avaliados e discutidos os resultados da intervenção e são elaborados relatórios para o gestor e a comunidade. Por fim, na quinta parte, é feito uma reflexão crítica de todo o processo, analisando seus pontos positivos e negativos.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF em que fui alocada está na cidade de São Francisco do Oeste-RN, tem aproximadamente 3900 habitantes e conta com duas ESF que compartilham de uma mesma unidade física, um Centro de Saúde. Nem os funcionários do Centro de Saúde, nem a população estão familiarizados com duas equipes funcionando simultaneamente. A maior dificuldade encontrada é fazer a população entender que existe uma clientela adscrita a cada equipe. Tem sido um trabalho árduo junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e às recepcionistas, construir esta lógica de organização. O fato de a cidade ser pequena e as pessoas se conhecerem entre si torna essa conscientização mais difícil, pois há troca de favores e muita politicagem que atrapalha a realização do trabalho como ele deve ser feito. A demanda tem sido muito grande, tenho atendido em média 20 a 25 pacientes por turno! Atendo aproximadamente 460 famílias distribuídas, geograficamente, em área urbana e rural.

A estrutura física do centro de saúde não deixa a desejar. Temos rampa de acesso aos deficientes, consultórios (médico, de enfermagem e odontológico) bem equipados, uma sala de emergência e leitos femininos e masculinos para que os pacientes fiquem em observação. Dispomos de material de proteção individual, material para o acolhimento, panfletos educativos, cartazes. A farmácia não dispõe de muitas medicações, notei a falta de medicações psicotrópicas e de apresentação na forma de suspensão oral. Os recursos humanos são suficientes e trabalhamos com prontuários familiares.

Outra demanda a ser resolvida e organizada, é a do programa de visitas domiciliares. A população e os próprios agentes de saúde confundem a indicação da necessidade da visita domiciliar. Os ACS reservam de 10 a 12 domicílios a serem visitados pela médica mensalmente e não levam em conta que muitos dos pacientes estão acompanhados e não necessitam visita mensal, não apresentam risco ou agravamento de saúde. A visita é feita com a única finalidade de renovar receita de

medicamento para HAS ou DM! Há ainda, parentes dos ACS que pretendem apenas uma consulta privilegiada, já que podem facilmente se locomover ao Centro de Saúde. Dessa forma, eles, os ACS, não percebem que usurpam a visita a alguém que realmente precisa naquela semana, naquele mês das visitas domiciliares.

O cronograma das atividades de cada equipe está afixado no Centro de Saúde, mas na retirada de ficha esse cronograma não tem sido obedecido. Por exemplo, no turno destinado ao pré-natal são feitos outros atendimentos que não são de emergência. E, apesar de já ter discutido isso nas reuniões de equipe e de ter comunicado ao Administrador, não houve melhoras ou resolução, continua acontecendo. Como observa-se, não há acolhimento apropriado, nem marcação de consulta, ainda se obedece um sistema arcaico de distribuição de fichas que não garante a equidade.

No Centro de Saúde nunca se tentou implementar um modelo de agenda para marcação de consulta, é mais uma atividade que teremos que organizar no serviço. O cronograma conta com oito turnos, sendo um dedicado a reunião da equipe, um para Hiperdia, um para pré-natal, um para atendimento a zona rural, um para visitas domiciliares e três para demanda espontânea.

As relações interpessoais são amenas, não tive dificuldade de comunicação. A relação com a comunidade está engatinhando, aos poucos estou conhecendo o perfil da população e cada usuário pessoalmente.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Francisco do Oeste, localizado no oeste potiguar, a 391 km de distância da capital, Natal, tem aproximadamente 3.934 habitantes (IBGE, 2012), sendo aproximadamente 76% distribuídos em zona urbana e 24% na zona rural segundo o censo nacional de 2010.

A distribuição da população do município por faixa etária e sexo é apresentada na figura 1. O grupo etário menor de um ano de idade representa apenas 1% e os maiores de 60 anos de idade em torno de 12%, sugerindo baixa natalidade e envelhecimento da população. A maioria da população se encontra na faixa etária adulta, entre 20 a 59 anos, com distribuição semelhante entre o sexo feminino e masculino.

Faixa Etária	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	nº	%
Menor 1 ano	20	24	44	1,1
1 a 4 anos	103	108	211	5,4
5 a 9 anos	163	149	312	7,9
10 a 14 anos	184	160	344	8,7
15 a 19 anos	192	186	378	9,6
20 a 29 anos	364	330	694	17,6
30 a 39 anos	272	281	553	14,1
40 a 49 anos	257	251	508	12,9
50 a 59 anos	193	214	407	10,3
60 a 69 anos	115	142	257	6,5
70 a 79 anos	67	71	138	3,5
80 anos e mais	45	43	88	2,2
Total	1975	1959	3934	100,0

Fonte: Fonte: Datasus/IBGE

Figura 1 População residente por Faixa Etária e Sexo, São Francisco do Oeste, 2012

O município conta com apenas um estabelecimento de saúde, uma unidade mista, o Centro de Saúde Francisca Emília Leite que aloca duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não há UBS tradicional no município. As duas equipes contam com um médico, uma enfermeira, cinco agentes de saúde, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, em cada equipe e cinco ACS. Também conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem disponível para apoio das equipes fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo e funciona bem quanto à referência e contra-referência.

As marcações de exames complementares e encaminhamentos para serviços especializados são realizadas em uma Central de Marcação, dentro da sede da Prefeitura Municipal, e a espera para exames laboratoriais de rotina ou para agendamento com médico especialista pode demorar até 03 meses. O serviço hospitalar de referência é o Hospital Regional da cidade de Pau dos Ferros, bem como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Antes da minha chegada, as duas equipes eram divididas em ESF da zona rural e ESF da zona urbana. Com a minha chegada, a gestora sugeriu que fosse feita uma nova divisão, considerando que a demanda da zona urbana era maior, de modo que, com a nova divisão, cada ESF ficou responsável por uma parte de cada zona (rural e urbana), com uma equivalência aproximada de 50% da população para cada ESF. Contudo, pelo CNES, a divisão permanece em zona rural e zona urbana.

A unidade de saúde foi construída com a finalidade de ser centro de saúde, contudo sua estrutura encontra-se muito aquém do que preconiza o Manual de Estrutura Física disponibilizado pelo MS. Deixa a desejar em acessibilidade, não tem banheiros adaptados, as rampas são muito íngremes e o material antiderrapante está descolando, os corredores não contém corrimãos. Apesar das dificuldades estruturais, medidas já foram tomadas para diminuir as barreiras físicas ao acesso: o local do consultório médico foi mudado, facilitando a entrada, evitando a passagem pelos corredores e o material antiderrapante foi recolado na entrada da UBS.

Em relação à equipe, o trabalho tem melhorado após as reuniões de equipe, a maior dificuldade encontrada é no pensamento político baseado em favoritismo por determinado grupo político e pouco engajamento para resolver os problemas da coletividade e pouco engajamento no que se refere a defender os princípios e diretrizes do SUS. Acredito que o momento da reunião de equipe, ampliada para os demais funcionários (de recepcionistas ao administrador), e a educação continuada em saúde, possam melhorar essa situação.

No que se refere à população adscrita, como mencionado anteriormente, cada uma das duas ESF ficou responsável por uma média de 2000 habitantes, de modo que, adequado o tamanho da clientela ao número de profissionais disponíveis de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Visto que houve redivisão da área e que a ESF está localizada em uma Unidade Mista, atender a demanda espontânea tem sido complicado, pois todo o serviço de urgência deve ser atendido por nós, da ESF, e a população da zona urbana não quer aceitar o atendimento em dias específicos e não há respeito à adscrição da população. A população tem, ainda, uma visão limitada dos programas e ações voltadas para prevenção e promoção de saúde de modo que há muita resistência e pouca adesão ao cronograma proposto e que atende o Hiperdia, Pré-Natal, Puericultura. O que se vê, é uma população que tem preferido um

atendimento diário à demanda espontânea, como pronto-atendimento e não como atenção primária e promoção da saúde, provavelmente devido ao modelo centrado no atendimento médico realizado desde sempre.

Em relação à Saúde da Criança, as consultas de puericultura são realizadas conforme o protocolo do MS, pelo profissional enfermeiro, com a frequência preconizada até um ano de idade, sendo agendada consulta médica quando aquele profissional julga necessário ou em intercorrências. O atendimento das crianças de 0 a 72 meses não tem registro em formulário ou prontuário especial e as consultas são registradas no prontuário clínico geral. Observa-se, ainda, que as mães, abandonam a puericultura após os 12 meses de vida e que não tem sido realizada nenhuma ação de monitoramento das ações ou busca de crianças faltosas às consultas programadas. Como não há registro específico não foi possível coletar os dados solicitados nos Cadernos de Ações Programáticas do curso relativo à qualidade da atenção, sobre vacinação – há cartão espelho na unidade – por falta de tempo da equipe e da baixa qualidade do registro. A cobertura da atenção à saúde da criança foi 70%.

A cobertura da atenção ao pré-natal foi 27% e ao puerpério 77%, no entanto os dados referentes aos exames solicitados, vacinação, exames de mamas e exames ginecológicos são registrados apenas nos prontuários individuais. A avaliação e sinalização de risco gestacional não é registrada. Em relação ao pré-natal e puerpério, há no cronograma médico, dia destinado à atenção dessa população, há registro em livro ata das gestantes, e busca ativa quando elas não comparecem a consulta agendada. A maior dificuldade em relação a esse grupo é o atraso dos exames laboratoriais e ultrassonografias. Há gestantes que chegaram a parir, sem ELISA para HIV.

Não foi possível calcular a cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos, estimada em 982 mulheres, e do rastreamento de câncer de mama nas 294 mulheres de 50 a 69 anos de idade, uma vez que os dados de coleta e resultados destes exames só estão disponíveis nos prontuários individuais e não houve tempo para revisar um a um estes prontuários para verificar se havia ou não exames coletados. Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, é difícil quantificar. A enfermagem é responsável pela coleta de material citopatológico, mas não tem

controle específico da quantidade de exames feitos, nem é possível monitorar a cobertura da prevenção. Ainda mais difícil, é quantificar ou qualificar o controle do Câncer de mama, não há registro específico para anotar as mamografias solicitadas, estas demoram a serem realizadas, outras pacientes realizam, recebem o resultado e não apresentam o exame em consulta médica.

A cobertura do acompanhamento, levantada no Hiperdia, alcança 36% dos hipertensos e 27% de diabéticos. Não foram coletados dados referentes à qualidade da atenção prestada a este segmento, pelos mesmos motivos citados nas demais ações programáticas. O acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos é realizado por médico ou enfermeiro e os dados do cadastro digitados no Hiperdia, mas não há formulário específico, nem consultas agendadas. Há, no cronograma da UBS, um dia específico para atendimento dessa população, com baixa adesão dos usuários, geralmente utilizado apenas para buscar receita do medicamento de uso contínuo. Não há grupos ou outras ações coletivas, classificação de risco ou orientação sobre fatores de risco registrada.

Em relação à saúde dos idosos, não há programação específica para esse grupo de pacientes, há uma distorção da atenção domiciliar, e todo paciente com mais de 60 anos quer deixar de ir à unidade de saúde e requer visita domiciliar para renovar receita de medicamento, mesmo sem nenhum problema identificável, com autonomia preservada e capacidade de deambulação preservada. Apesar de tudo isso, tem-se organizado cronograma de atendimento específico para esse grupo da população. A cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, estimada pelos Cadernos de Ações programáticas do curso de especialização, foi 59%. Os demais indicadores de qualidade da atenção não foram calculados, por dificuldade de reunir os dados necessários nos prontuários individuais disponíveis na unidade de saúde.

O maior desafio consistirá em modificar a perspectiva e o olhar da população, da gestão e dos colegas de trabalho para ver e atender, integrando os princípios do SUS, visando à Atenção Primária, a fim de prevenir e promover ações de saúde, sem interferência de política, sem favoritismo ao grupo situacionista. O município necessita de um serviço de pronto-atendimento para que os profissionais da atenção primária possam se engajar mais profundamente nas questões relevantes à educação em saúde e a atenção primária. Chamou muita atenção à separação da saúde bucal do restante da equipe, o quanto foi difícil encontrar dados

sobre saúde bucal e o próprio contato com o dentista. Também importante falha de registros adequados ao monitoramento e planejamento das ações de saúde, cuja organização deverá ser priorizada.

Outra dificuldade é fazer um bom atendimento na zona rural. Dos oito turnos de atendimento, apenas um é destinado à zona rural, totalizando 4 turnos por mês, dos quais, dois são destinados a atendimento à demanda espontânea e dois para visita domiciliar, sem nenhum programa específico e nenhuma ação educativa prevista. Observei, ainda, que a população atendida está muito aquém da estimada. Não tem sido feita análise de risco e vulnerabilidade dessa população, nem tem sido realizada busca ativa, de modo que, julgo ser insuficiente a cobertura da zona rural do modo que tem sido feita. Além disso, não há dados específicos sobre o acompanhamento realizado que impossibilita avaliação das ações realizadas e da situação de saúde desta população.

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

As dificuldades de relacionamento com a equipe no que se refere a marcação de consultas, ao favoritismo e a não adesão da população à adstrição de clientela permanecem, sendo uma grande dificuldade para a organização do trabalho na forma de ações programáticas.

Na primeira semana, tinha uma visão deturpada do que era uma estrutura física adequada e observei que, na verdade, a estrutura da UBS deixa a desejar em alguns aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Além disso, houve dificuldades para coleta de dados para os Cadernos de Ações Programáticas do curso, principalmente em relação ao tempo disponível da equipe para resgatar dados dos prontuários.

Um ponto que tem sido positivo desde o início são as reuniões de equipe, que têm sido fundamentais para esclarecer pontos sobre atenção primária.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A transição demográfica e o processo de envelhecimento pelo que vem passando a população mundial, requer uma reestruturação da forma de pensar e de prestar serviços de saúde, constituindo um desafio ao Sistema Único de Saúde. A associação entre envelhecimento populacional e alto custo do cuidado às doenças crônicas tem sido estudada e debatida no âmbito nacional e internacional, porém não se deve preterir a essa discussão, a natureza e a qualidade do cuidado prestado (MOTA, AGUIAR, CALDAS, 2011).

Desde que foi implantada a Estratégia de Saúde da Família, a atenção à saúde foi planejada e reorientada a fim de fomentar a qualidade de vida e um dos seus objetivos é promover o envelhecimento saudável. Para isso, é necessário considerar que o processo individual de envelhecimento não é um processo homogêneo, de modo que os serviços de saúde devem ser coordenados de forma a atender as demandas específicas deste processo, que envolve os mais variados níveis de atenção.

O município de São Francisco do Oeste conta com duas ESF e a promoção de saúde do idoso é muito incipiente e deve ser incluída na agenda dos serviços prestados à população, com horário no cronograma de atividades.

Temos uma estimativa de 391 idosos residentes no município em nossa área de abrangência segundo os cadernos de ações programáticas, com cobertura de 59%. Inicialmente tivemos muita dificuldade por não encontrarmos arquivos, tão pouco são os registros deste segmento, que deveriam diferir de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda de serviços mais ou menos específicos. Devido à falta de registros os demais indicadores de qualidade não estavam disponíveis, mas provavelmente eram deficientes, pois a atenção à sua saúde não é trabalhada de forma a seguir o protocolo do Ministério da Saúde.

Dessa forma, este projeto de intervenção visa organizar o serviço de saúde no tocante a promoção de saúde e envelhecimento saudável e, principalmente, melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada a pessoa idosa.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na atenção primária no município de São Francisco do Oeste/RN.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

2.2.2 Metas

Para avaliar o acompanhamento da saúde da pessoa idosa foram elaboradas 34 metas, descritas a seguir.

a) Relativas ao objetivo 1

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Meta 2: Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 80% dos idosos da área de abrangência.

Meta 3: Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 80% dos idosos da área de abrangência.

b) Relativas ao objetivo 2

Meta 4: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Meta 5: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Meta 6: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

c) Relativas ao objetivo 3

Meta 7: 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 8: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 9: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 10: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 11: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 12: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 13: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 14: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 15: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 16: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Meta 17: Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Meta 18: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

Meta 19: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 20: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 21: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

d) Relativas ao objetivo 4

Meta 22: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 23: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Meta 24: Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 25: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

e) Relativas ao objetivo 5

Meta 26: Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 27: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 28: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

Meta 29: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Meta 30: Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

f) Relativas ao objetivo 6

Meta 31: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 32: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Meta 33: Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 34: Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses, no Centro de Saúde Emília Leite, município de São Francisco do Oeste/RN. Está prevista a participação na intervenção de, ao menos 300 idosos residentes na área de abrangência. Todos os idosos que forem atendidos no período da intervenção, ao longo das 12 semanas, serão cadastrados em registro específico e será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Pessoa Idosa (19º Caderno de Atenção Básica), Brasília 2012, para normatização das rotinas a serem implantadas, no sentido de qualificar a atenção a saúde da pessoa idosa.

2.3.1 Detalhamento das Ações

As ações a serem desenvolvidas seguirão quatro eixos básicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, apresentadas a seguir.

2.3.1.1 Eixo Monitoramento e avaliação

Será pactuado com a equipe o registro das informações, definindo o responsável pelo monitoramento. No sistema de registro será organizada sinalização para situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

O monitoramento da cobertura dos idosos da área será realizado avaliando as planilhas de coleta de dados e ficha espelho fornecida pela UFPel, responsabilidade dividida entre os membros da equipe. Também serão mantidas atualizadas as informações do SIAB.

Uma vez por mês será feita uma revisão geral para avaliar o andamento do projeto. Será também distribuída a Caderneta da Pessoa Idosa para cada um dos idosos acompanhados pelo programa, a qual será preenchida pelo profissional em cada contato que ele tiver com o usuário. A lista dos idosos acamados e/ou com dificuldade de locomoção será atualizada, pelo ACS. A elaboração dessa lista possibilitará a monitoramento das visitas domiciliares.

As ações de promoção de saúde também serão registradas nas fichas, tais como: a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para a realização de atividade física regular e para os cuidados com a higiene oral.

2.3.1.2 Eixo Organização e gestão do serviço

O registro dos idosos será atualizado por meio do cadastramento a partir de mutirões realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Concomitante, será realizada capacitação dos profissionais da unidade de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Será solicitado a secretaria de saúde, material adequado para realizar medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e manutenção de glicosímetro além de maior agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo e, com isso, estabelecer sistemas de alerta de risco. Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde que permita solicitação previa para manutenção das necessidades. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será priorizado, e uma agenda será construída para o atendimento desta demanda. Também será elaborada agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos idosos estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

2.3.1.3 Eixo Engajamento público

O acolhimento para os pacientes idosos será melhorado. Os profissionais já capacitados irão realizar “salas de espera” com material educativo, usando da escuta sensível para buscar a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde.

As práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação de atividade física serão realizadas, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades.

Será explicado à população, durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica e por meio dos agentes de saúde as informações da ação programática, facilidade de agenda e vantagens deste acompanhamento na promoção da saúde da pessoa idosa. A população também será informada sobre os casos em que devem solicitar visita domiciliar, a importância das atividades de rastreamento para hipertensos e diabéticos, além da realização dos exames complementares solicitados e do seguimento das orientações dada pelos profissionais de saúde da UBS (tais como uso adequado da medicação, adoção de hábitos saudáveis como alimentação adequada e prática

regular de atividade física).

2.3.1.4 Eixo Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada durante as reuniões semanais da equipe com discussão sobre o programa do idoso e como cada um deve exercer sua função. A equipe será capacitada para o acolhimento aos idosos, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Os ACS serão capacitados para a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda a área de abrangência. Eles serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar desses idosos, e orientados para o reconhecimento dos casos de idosos que não se encaixam neste grupo que necessitam de visita domiciliar.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores e seu cálculo, construídos com o objetivo de monitorar o andamento da intervenção e o alcance das metas propostas, são apresentados a seguir.

a) Relativos ao objetivo 1

a. Relativo à Meta 1

- i. Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Numerador: número de idosos cadastrados no programa. Denominador: número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

b. Relativo à Meta 2

- i. Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde. Numerador: número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa. Denominador: número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

c. Relativo à Meta 3

- i. **Indicador 3:** cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência. Numerador: número de idosos com participação em ações coletivas da UBS. Denominador: número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

b) Relativos ao objetivo 2

a. Relativo à meta 4

- i. **Indicador 4:** 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.

b. Relativo à meta 5

- i. **Indicador 5:** Proporção de faltosos às consultas que receberam busca ativa. Numerador: número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde. Denominador: número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

c. Relativo a meta 6

- i. **Indicador 6:** Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa. Numerador: número de idosos faltosos às consultas subsequentes e buscados pela unidade de saúde. Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

c) Relativos ao objetivo 3

a. Relativo à Meta 7

- i. **Indicador 7:** 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.

b. Relativo à Meta 8

- i. Indicador 8:** 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.

c. Relativo à Meta 9

- i. Indicador 9:** 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.

d. Relativo à Meta 10

- i. Indicador 10:** 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.

e. Relativo à Meta 11

- i. Indicador 11:** 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 problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

f. Relativo à Meta 12

- i. Indicador 12:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar. Denominador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

g. Relativo à Meta 13

i. Indicador 13: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

h. Relativo à Meta 14

i. Indicador 14: 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 x 80 mmHg ou com diagnóstico de HAS.

i. Relativo à Meta 15

i. Indicador 15: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

j. Relativo à Meta 16

i. Indicador 16: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

k. Relativo à Meta 17

i. Indicador 17: Proporção de idosos com necessidade de tratamento. Numerador: número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento. Denominador: número total de

idosos da área de abrangência com consulta odontológica programática.

I. Relativo à Meta 18

- i. Indicador 18:** Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído. Numerador: número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento concluído. Denominador: número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

m. Relativo à Meta 19

- i. Indicador 19:** Proporção de idosos com avaliação de alteração da mucosa bucal em dia. Numerador: número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alteração de mucosa bucal. Denominador: número total de idoso da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

n. Relativo à Meta 20

- i. Indicador 20:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Numerador: número de idosos de área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam a visita do dentista. Denominador: número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção.

o. Relativo à Meta 21

- i. Indicador 21:** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia. Numerador: número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação da necessidade de próteses. Denominador: número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

d) Relativos ao objetivo 4

a. Relativo à Meta 22

i. **Indicador 22:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

b. Relativo à Meta 23

i. **Indicador 23:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

c. Relativo à Meta 24

i. **Indicador 24:** Proporção de idosos com registro na ficha espelho da consulta odontológica adequado. Numerador: número de registros específicos atualizados. Denominador: número de idosos pertencente à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

d. Relativo à Meta 25

i. **Indicador 25:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

e) Relativos ao objetivo 5

a. Relativo à Meta 26

i. **Indicador 26:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

b. Relativo à Meta 27

- i. Indicador 27:** proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Numerador: número de idosos investigados quanto a presença de indicadores de fragilidade na velhice. Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

c. Relativo à Meta 28

- i. Indicador 28:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Numerador: número de idosos com avaliação de rede social. Denominador: número de idosos cadastrados pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

d. Relativo à Meta 29

- i. Indicador 29:** Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal. Numerador: número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal. Denominador: número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

f) Relativos ao objetivo 6**a. Relativo à Meta 30**

- i. Indicador 30:** Proporção de idosos que receberam orientações nutricionais para hábitos nutricionais saudáveis. Numerador: número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

b. Relativo à Meta 31

- i. Indicador 31:** 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

c. Relativo à Meta 32

- i. **Indicador 32:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Numerador: número de idosos com orientação sobre higiene bucal. Denominador: número total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

d. Relativa à Meta 33

- i. **Indicador 33:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal. Numerador: número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal. Denominador: número total de idosos com primeira consulta odontológica programática.

e. Relativo à Meta 34

- i. **Indicador 34:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Numerador: número de idosos com orientação sobre higiene bucal. Denominador: número total de idosos com primeira consulta odontológica programática.

2.3.3 Logística

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com a equipe do Centro de Saúde Emília Leite. Portanto começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico da saúde do idoso (Ministério da Saúde, 2012), para que toda a equipe utilize esta referencia na atenção a saúde dos idosos do município. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas no final do expediente, um horário que outrora nunca fora utilizado para tal, e que a partir de agora será reservado para educação permanente da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo com os outros membros.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será responsabilidade do Técnico de Enfermagem, vale salientar que cabe a todos os profissionais de saúde acolher a pessoa idosa de forma humanizada, criando vínculos pautados na ética, compromisso e respeito. A partir destes valores, o acompanhamento dos hábitos e particularidades da vida de cada um se dará de forma saudável, permitindo o maior entendimento das condições familiares e identificando as fragilidades as quais cada pessoa está submetida. O atendimento será realizado duas vezes por semana nos dois expedientes. Os idosos que comparecerem para consulta de rotina sairá da UBS com a próxima consulta agendada com a equipe multiprofissional. (Nutricionista, Odontólogo, Fisioterapeuta, Educador Físico, Psicólogo).

Cada componente da equipe do PSF, não importando a hierarquização, tem um papel fundamental na assistência ao idoso, em busca de proporcionar qualidade de vida à população da terceira idade. Dentro de uma equipe interdisciplinar, é preciso que todos os membros estejam comprometidos com a eficiência e qualidade do trabalho. Para isso, práticas como uma boa comunicação entre a equipe, um ambiente de trabalho organizado e harmonioso fazendo uso de ações planejadas são de grande importância desde o primeiro contato até as fases finais do atendimento.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com associações e instituições religiosas bem como a participação semanal de programa de radio local e nas redes sociais ligadas a saúde para esclarecimento do projeto e a importância da realização do mesmo. Solicitaremos o apoio da comunidade no sentido da adesão a busca ativa para uma melhor qualidade devida do idoso do município.

Quinzenalmente a Enfermeira examinará as fichas de cadastro dos idosos para identificar os faltosos e poder solicitar que o agente comunitário faça a busca ativa aos que estão em atraso.

Ao final de cada mês a equipe se reunirá para avaliação das ações planejadas e realizar o consolidado em planilha eletrônica.

O material e medicamentos necessários serão solicitados ao gestor, enfatizando a importância de melhoria do tempo no recebimento dos resultados e quantidade de exames complementares.

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Foram realizadas as seguintes ações previstas: cadastramento dos idosos; reunião com a Equipe para explicar o Projeto de Intervenção; entrevista na rádio Local e Blog do município; capacitação da Equipe (ACS, Enfermeira, Técnicos); início da qualificação da atenção com exames clínicos apropriados, rastreamento de Hipertensos e Diabéticos, colocando em dia exames complementares e prescrição de medicamentos; visita domiciliar ao idoso acamado ou com problemas de locomoção; reunião nas micro-áreas (busca ativa dos faltosos) e educação em saúde (orientação nutricional e prática de atividades físicas)

O centro de saúde Emília Leite é uma unidade mista, onde duas equipes se misturam e atuam em áreas distintas. Desde que cheguei ao município achei isso muito estranho e em inúmeras conversas com gestores senti que a mudança da situação está fora do alcance de qualquer profissional, a partir daí fui me empenhar em realizar meu trabalho e por meu projeto de intervenção em andamento. O que posso dizer das ações citadas é o fato da demora em realizá-las, neste caso precisaríamos de mais de 8 semanas para realizar por completo, trabalhei exaustivamente para atingir as metas, pois aqui no interior a população é muito menos os gestores sabem o que realmente é a Estratégia de Saúde da Família, os profissionais não são capacitados e a população está acostumada a prática hospitalocêntrica, não existe prevenção e promoção da saúde. Enquanto me empenhei no projeto ficaram acumulados os atendimentos de gestantes e crianças, dentre outros.

Outro aspecto a ressaltar é o apoio da nutricionista e do educador físico, infelizmente não podemos contar sempre com a presença desses profissionais que listaram inúmeros entraves quando fomos solicitar o engajamento dos mesmos, o interessante seria esse acompanhamento junto a todas as famílias dos idosos.

No início da segunda semana a equipe colocou muitos obstáculos e no fim da oitava semana em uma de nossas reuniões, essas foram as falas dos profissionais da equipe:

“É gratificante atender a essa quantidade de idosos e ver que está dando resultado”

“Fico tão feliz quando os familiares me param na rua e me parabenizam pelo nosso trabalho com os idosos”

“Esse trabalho é maravilhoso, nos traz respostas concretas, resultados imediatos, quero trabalhar sempre assim!”

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Não foram realizadas as seguintes ações previstas: avaliação de risco para saúde Bucal; orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia; caderneta da saúde da pessoa Idosa; engajamento do Odontólogo e educação em saúde de saúde bucal individual.

As dificuldades que mais chamam nossa atenção, de imediato, foi a ausência do dentista por várias semanas e, logo ao retornar, relatou “atritos” políticos com alguns agentes comunitários de saúde, que ele alega não avisar o horário correto e por não avisar as famílias das reuniões por ele marcadas. Outro detalhe é a carga horária deste profissional e a demanda de atendimentos. Trocando em miúdos, ele atende todos os dias só que apenas no turno matutino e 10 pacientes em cada atendimento, incluindo gestantes, crianças e adolescentes. O mesmo relatou que não pode atender várias semanas apenas idosos para dar conta do cronograma.

As ações educativas e preventivas foram quase todas realizadas fora do centro de saúde por questões de acesso e de locomoção não só da clientela mas também de alguns cuidadores, buscamos as instituições religiosas e algumas associações, como a de artesãs, por exemplo, por agregar uma porcentagem alta da população idosa e sempre enfatizando a orientação domiciliar independente que profissional esteja realizando a visita.

Quando listamos que parcialmente fora realizada a orientação nutricional e de prática de atividades é no sentido de que deixamos bem claro e pactuado em nossa capacitação que toda a equipe é um multiplicador dessas informações não necessariamente o Educador Físico e a Nutricionista, levando em consideração que não temos os mesmos no quadro de funcionários do centro de saúde.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Sobre as planilhas de coleta de dados, erramos muito nos dois primeiros meses, foi bem difícil ter um entendimento imediato até encontrarmos um profissional que nos explicou uma maneira de preenchê-la, levamos muitas horas extras nos empenhando, ainda nos encontramos em processo de aprendizagem, mas não tanto como no início do projeto. Hoje já sabemos detectar algum erro de digitação e a resolvê-lo sem ter a ajuda de um especialista.

Com relação aos resultados, ao chegar ao município constatei que os idosos não eram sequer cadastrados, tanto que nem carteiras recebiam por não estarem no sistema corretamente, não eram avaliados quanto aos riscos, às visitas domiciliares não eram regulares, eram atendidos por demanda espontânea nem ao menos seguiam um fluxograma de atendimento. Não eram orientados quanto a atividade física nem a nutrição correta, quiçá a higiene pessoal. Exames laboratoriais e atendimento odontológico não seguiam nenhum protocolo nem tinham registros de nenhuma ação de prevenção ou promoção à saúde.

Nos relatos das inúmeras reuniões que realizamos com a equipe, sentimos a mudança e o brilho no olhar de todos que participaram desse projeto. Vale também salientar o comprometimento dos gestores não só no apoio técnico, mas na responsabilidade maior que tange ao direito a saúde, e infelizmente isso não se aplica a maioria dos municípios do RN.

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

A viabilidade da intervenção depende inicialmente de capacitação da equipe e em seguida de horário específico no cronograma semanal para atendimento da pessoa idosa, o que pode ser um empecilho visto a demanda de atendimentos de urgência. Outro ponto a ser avaliado para viabilizar o projeto é o recadastramento dos idosos a partir dos Agentes de Saúde, visto que não se tem realmente o total de idosos da área. Todavia, quanto a parte de acessibilidade e espaço, o centro de saúde dispõe de local adequado e um mínimo de barreiras de acessibilidade. A equipe mostra-se bem motivada e, de um modo geral, a intervenção parece não só necessária, como também, viável.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção a saúde dos idosos (idade igual ou superior 60 anos). Apesar da estimativa a partir da população local ser de 391 idosos, a área que abrange o Centro de Saúde Emília Leite cadastrou 300 idosos. Dentre os 300 idosos acompanhados, todos realizaram consulta médica programática tendo atingido a meta de 100%, mas ao final da intervenção os acompanhados eram 299, devido a um óbito no decorrer dela.

A cobertura da Ação Programática foi 99,5% (Figura 2) se considerarmos os idosos cadastrados no SIAB. Logo que iniciamos a intervenção notamos que a maior dificuldade seria o acesso a UBS, e uma ação que facilitou esse resultado, além dos mutirões, a consulta por micro área realizada in loco, o contato com os idosos em instituições religiosas e associações dos bairros nos aproximou deste universo idoso-família o que facilitou o alcance dos demais indicadores.

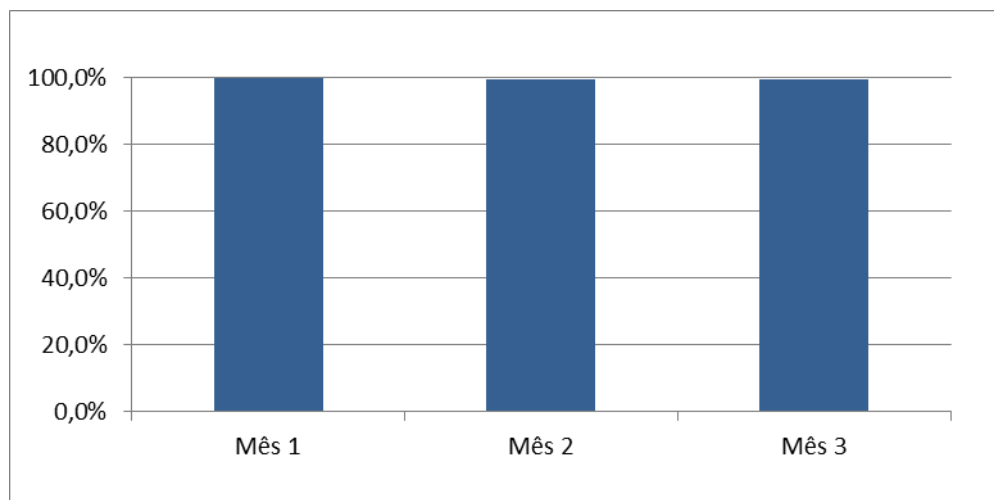


Figura 2 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso no Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

No primeiro mês de atendimento realizamos uma avaliação rápida multidimensional em todos os idosos, avaliação esta que permaneceu no segundo e terceiro mês dentro da meta esperada de 100% (Figura 3), partindo da premissa que as atividades diárias dos idosos do município são as mesmas, com mesmos costumes e cultura.

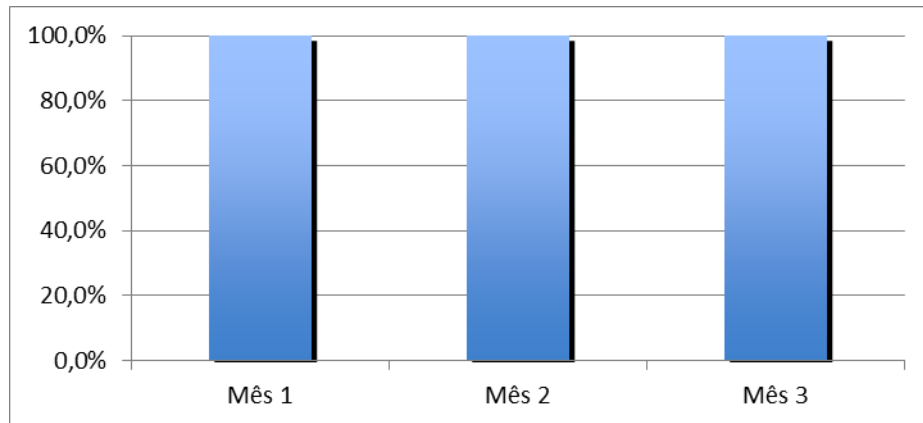


Figura 3 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Enquanto o cadastramento dos idosos acontecia, fomos marcando as consultas para o centro de saúde e muitos faltaram. No primeiro e segundo mês alcançamos 74,0% e 73,6% de exames clínicos apropriados em dia, respectivamente (Figura 4). Tivemos como resposta dos familiares que havia dificuldade de locomoção e alegando a distância do centro até suas residências como empecilho. Frente a esta situação optamos pelo atendimento *in loco*, que deu mais trabalho, entretanto no terceiro mês permitiu atingir a meta de 100% dos exames clínicos apropriados em dia.

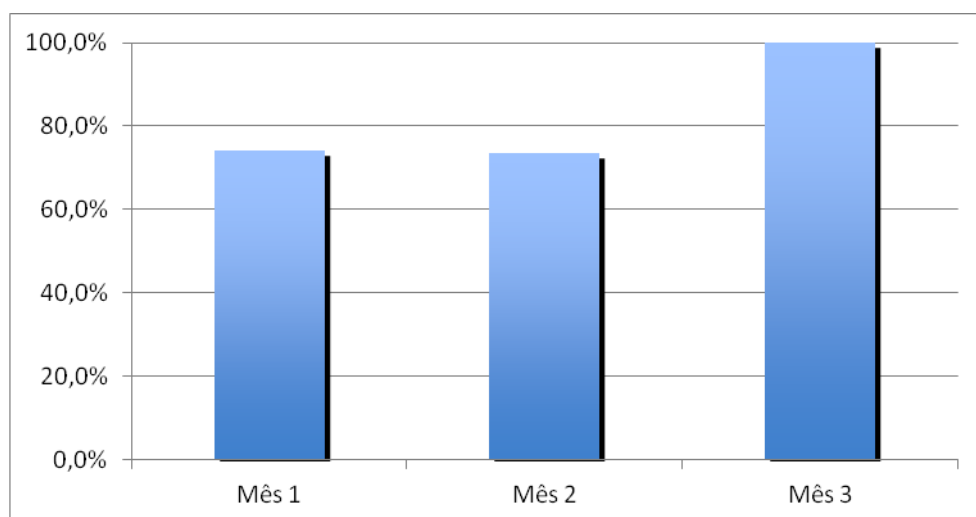


Figura 4 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

No primeiro exame clínico de todos os idosos solicitamos exames complementares, pois não encontramos registros adequados em prontuários. Não

encontramos dificuldade para alcançar os índices máximos desse indicador (Figura 5), uma vez que associamos a realização destes exames à primeira consulta. Vale salientar que no segundo e terceiro meses não foram solicitados novos exames, pois os exames solicitados no primeiro mês ainda estavam atualizados.

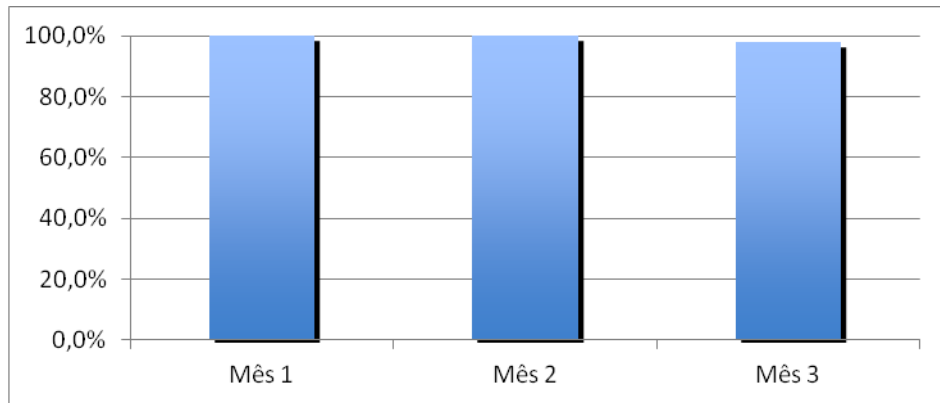


Figura 5 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

A adesão dos pacientes com relação à Farmácia popular se dá pela facilidade de ter três meses de receita atualizada sem precisar se deslocar até a UBS para sua renovação, para medicamentos de uso contínuo. O índice ficou um pouco acima de 80% em todos os meses da intervenção (Figura 6). Entre os hipertensos e diabéticos apenas quatro se negaram a se inscrever no programa devido a divergências políticas com o dono da farmácia, que também é vereador no município.

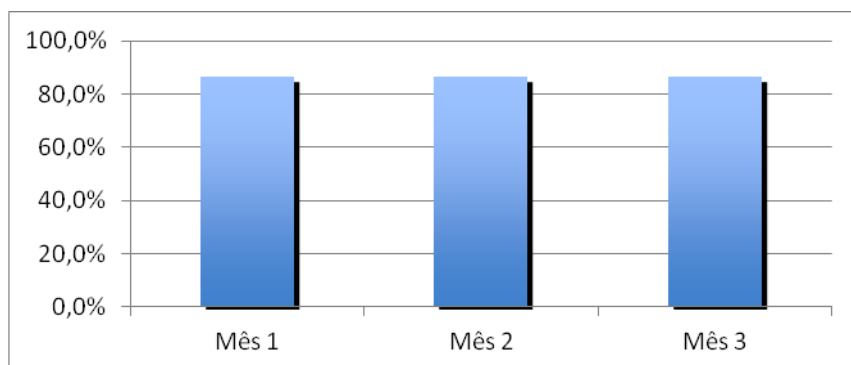


Figura 6 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram estimados em 31 na planilha, tendo como base os idosos cadastrados, no entanto, os idosos que

se encontram nessa situação, após o cadastramento, são apenas 13 (Figura 7). Assim o indicador de acamados com visita domiciliar alcançou os 100% da meta em todos os meses da intervenção.

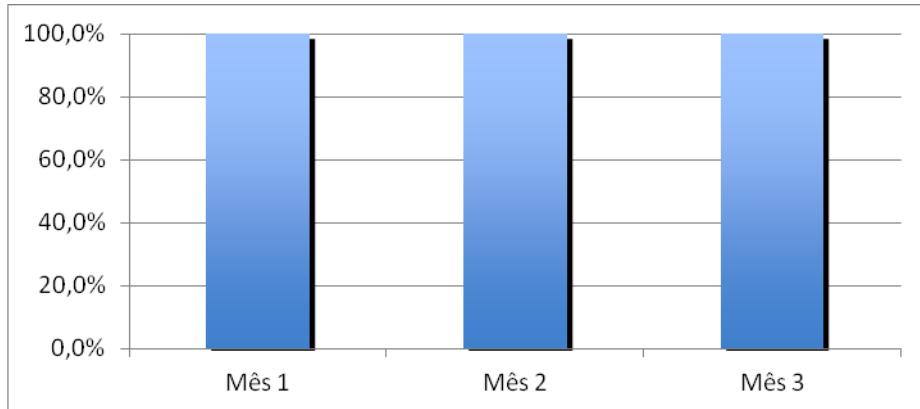


Figura 7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Consideramos que o indicador de visitas aos idosos acamados (Figura 8) não nos apresentou dificuldade para atingir 100% da meta, pelo simples fato de congregar ações tanto voltadas para o atendimento tanto para a educação em saúde que, por ser realizada no âmbito domiciliar, proporcionou uma dinâmica agradável a ambas as partes, profissional/paciente.

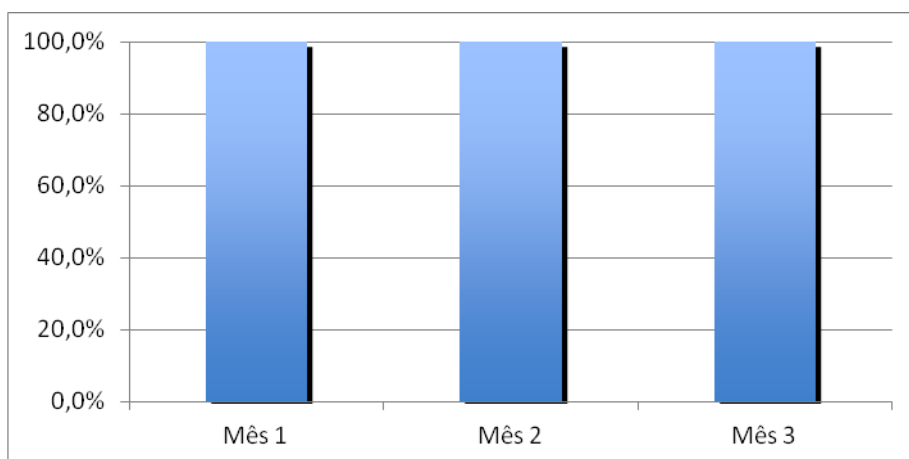


Figura 8 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Partindo do princípio que em toda visita domiciliar e em toda consulta verificamos a pressão arterial independentemente se o idoso tenha uma morbidade

ou não este indicador de verificação da pressão arterial na última consulta não apresentou dificuldade alguma para atingir a meta de 100% em todos os meses da intervenção (Figura 9).

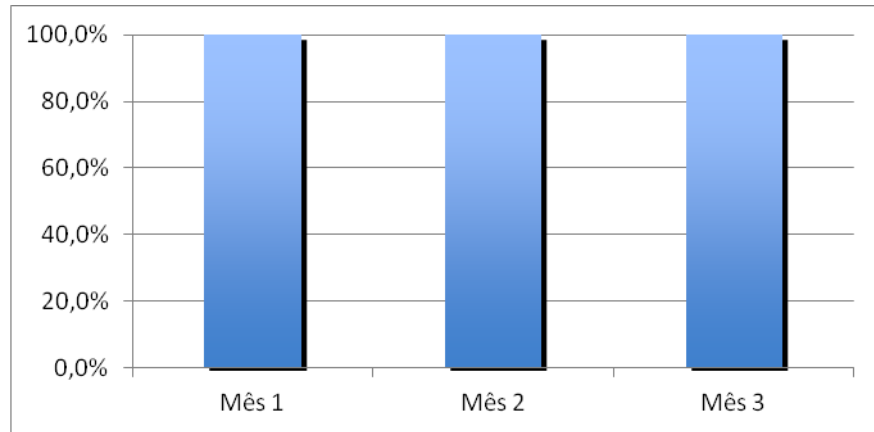


Figura 9 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Ao iniciar a intervenção realizamos uma capacitação com toda equipe para conhecerem e aderirem ao projeto, que constou como ponto inicial a familiarização com os novos protocolos de atendimento já que inicialmente não encontramos nenhum registro dos idosos na UBS. Essa ação propiciou a facilidade de atingir a meta desse indicador a 100% em todos os meses (Figura 10). Cabe ressaltar que ninguém recebeu a Caderneta da Pessoa Idosa, por não estar disponível na UBS.

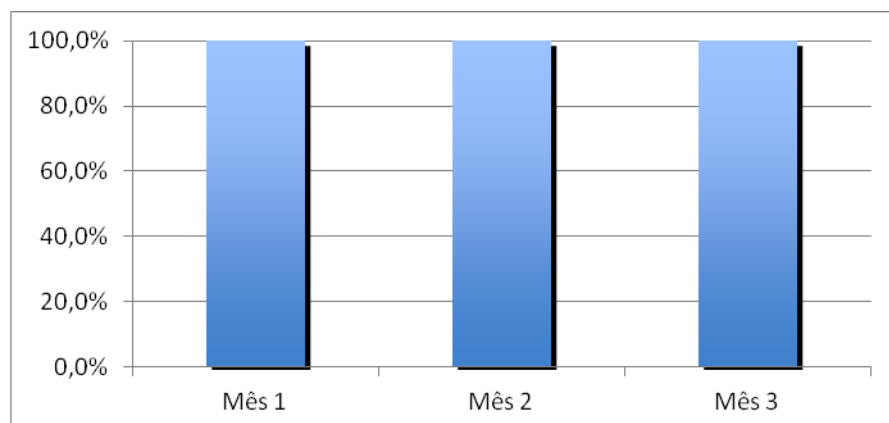


Figura 10 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Alguns indicadores demandaram mais tempo devido a todo o processo de mutirão e deslocamento que tivemos que realizar para o êxito nas metas. A

avaliação de risco para morbimortalidade é um deles, onde tivemos de, além de respeitar o tempo e a individualidade, considerar crenças, tabus, suas limitações referentes a memória e acuidades auditivas e visuais. Os atendimentos no primeiro mês chegaram a 83% de idosos atendidos, seguindo gradualmente no segundo e terceiro mês com 97,3% e 100 %, conforme apresentado na figura 11.

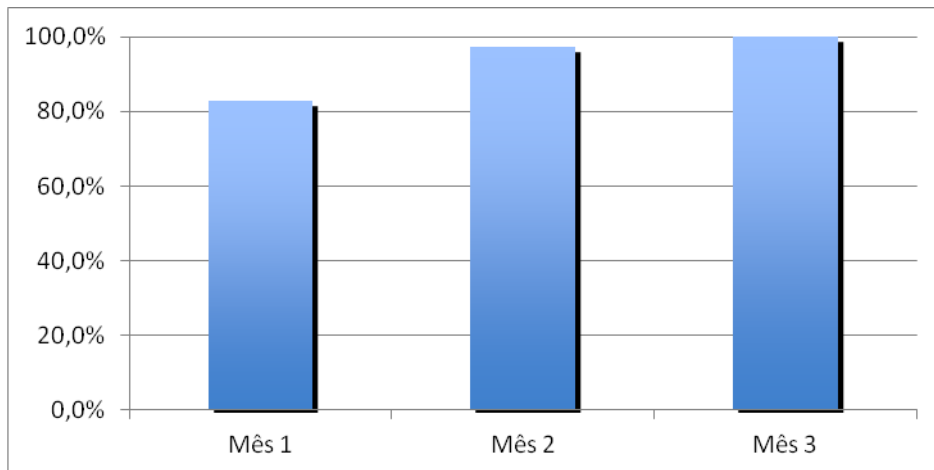


Figura 11 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Por demandarem maior tempo para as avaliações e contemplarem uma pesquisa sócio-familiar minuciosa, foi gradualmente, a cada mês, se avaliando por micro áreas até atingir a meta de 100% de idosos com avaliação fragilização da velhice em dia e de rede social nos três meses de intervenção (Figura 12 e 13).

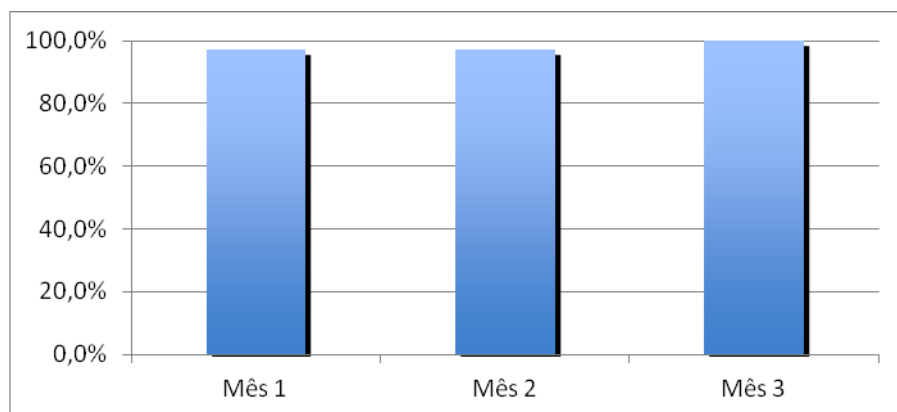


Figura 12 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

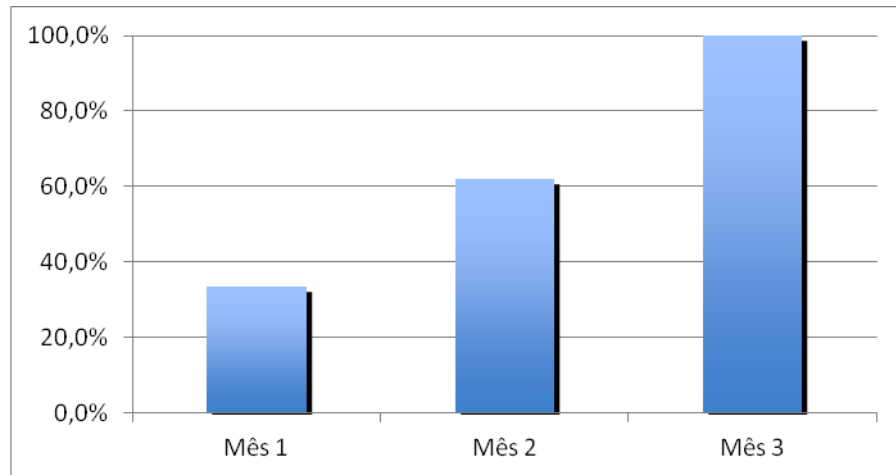


Figura 13 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Estes dois indicadores, proporção de idosos que receberam orientações nutricionais e prática de atividade física regular, estão dentre os que não nos trouxe dificuldade alguma, pois a medida que íamos realizando consultas e visitas domiciliares íamos educando os cuidadores, sendo eles familiares ou não, bem como os próprios idosos. Outro destaque se deu nas rodas de conversas e reuniões marcadas durante o decorrer do projeto de intervenção ações que contribuíram bastante para atingir a meta de 100% de idosos orientados (Figura 14 e 15).

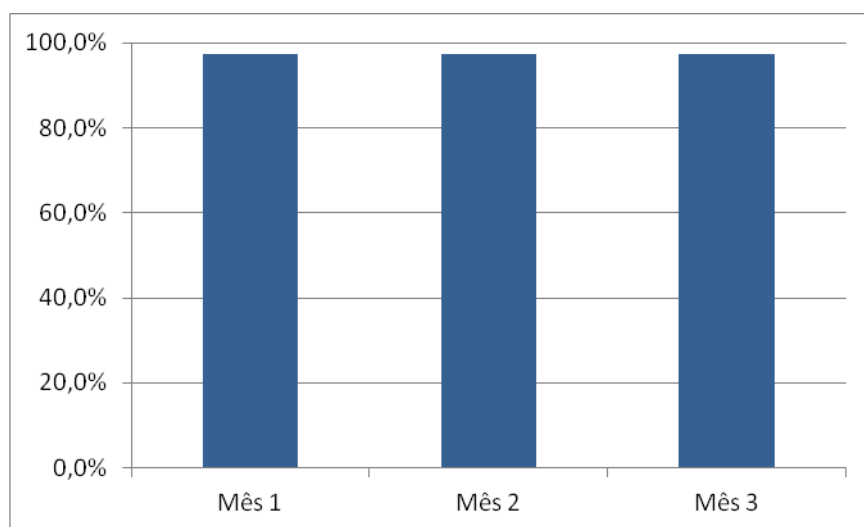


Figura 14 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

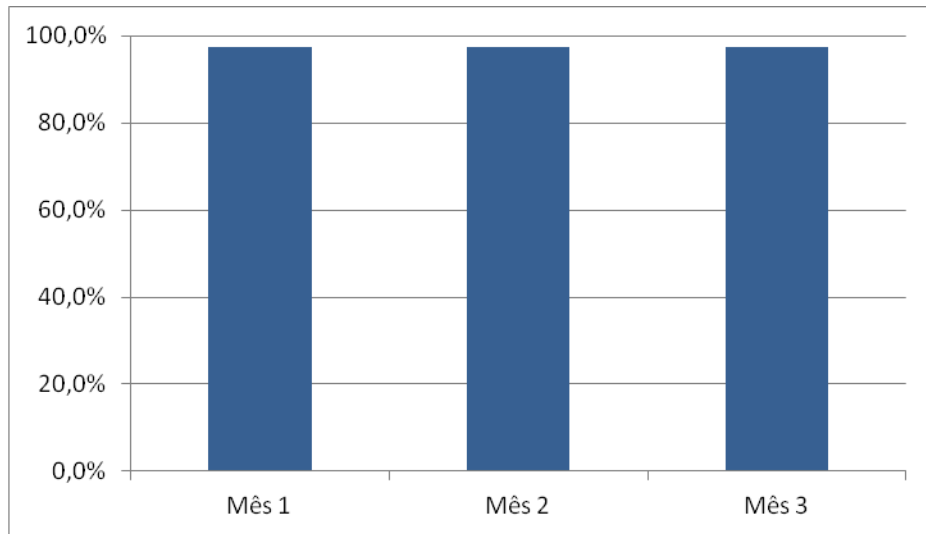


Figura 15 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Os problemas relatados anteriormente em relação ao atendimento de saúde bucal explicam os baixos índices do indicador de cobertura e demais. Apenas 20 idosos no primeiro mês, e 13 nos dois meses seguintes tiveram a primeira consulta odontológica programática, menos de 10% de cobertura nos três meses da intervenção (Figura 16).

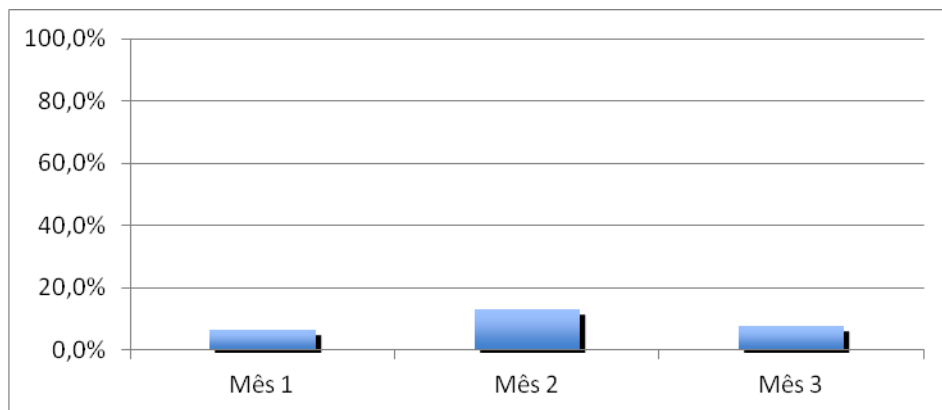


Figura 16 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, Centro de Saúde Emília Leite, São Francisco do Oeste/RN, 2014

Entre os 46 idosos que realizaram consulta odontológica, apenas 07 receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal e 13 faltaram a consulta subsequente e não foram buscados. Cabe ressaltar que em ações coletivas o tema da saúde bucal foi abordado.

4.2 Discussão

A intervenção realizada pela equipe do Centro de Saúde Emília Leite propiciou uma ampliação na cobertura da atenção aos idosos de 59 para 99%, melhoria dos registros e na qualificação da atenção, com a maioria dos indicadores de qualidade alcançando 100%. O destaque deste trabalho, no entanto, foi o acolhimento à pessoa idosa de forma humanizada criando vínculos pautados na ética, compromisso e respeito. Antes da intervenção, não havia nenhuma espécie de acolhimento programado, após a intervenção, a pessoa idosa, era recebida pela recepcionista, que o ajudava a se dirigir à sala de espera, o ACS estava sempre presente no início do atendimento, auxiliando e conversando.

A intervenção exigiu que a Equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da atenção ao idoso. A atenção à saúde do idoso apresenta características próprias, fatores causais múltiplos e muitas vezes não estabelecidos, requerendo a intervenção de uma equipe multiprofissional.

Este projeto promoveu maior integração entre a equipe onde destacamos o interesse e o empenho de todos os profissionais da UBS para dar conta da complexidade dos problemas apresentados para atingir os indicadores. Para isso praticamos uma boa comunicação, um ambiente de trabalho organizado e harmonioso, dando importância às ações planejadas desde a análise situacional até o final da intervenção bem como a atuação de cada um neste processo.

O Agente Comunitário de Saúde atuou no cadastramento, informou da existência do projeto de intervenção, orientou o idoso\ familiares da importância de comparecer as consultas e reuniões marcadas, auxiliou a equipe nas visitas domiciliares, nos mutirões e agendou ações.

O Técnico de Enfermagem ajudou no mutirão de cadastramento, agendou consultas, atuou nas visitas domiciliares verificando sinais vitais e informando com relação à atividade física e hábitos saudáveis, orientou o idoso\familiares da importância de comparecer as consultas e reuniões marcadas.

O Enfermeiro realizou consulta de enfermagem, sala de espera enfocando a importância do projeto e a participação do mesmo, palestras (rodas de conversa) orientando o idoso e seus familiares quanto a hábitos alimentares saudáveis e a

importância de atividades físicas, também coletando medidas antropométricas, atualizou imunizações e participou das visitas domiciliares.

O Médico capacitou a equipe, reforçou a importância do projeto e deu ênfase ao comparecimento da população idosa em entrevista de rádio e no blog local, realizou consultas tanto na UBS como nos bairros, em instituições religiosas e em associações. Também incentivou a formação de momento específico da equipe para educação permanente em saúde, que acabou tendo impacto em outras atividades do serviço.

Antes da intervenção não existia o programa de saúde do idoso, as atividades eram fragmentadas, isoladas e sem registros. A intervenção serviu para nortear as atividades, seguir os protocolos recomendados, rever as atribuições de toda a equipe viabilizando a atenção a um maior número de idosos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela população em geral, o que atribuímos às questões políticas, em contrapartida é evidente a satisfação dos idosos e seus familiares com relação ao projeto.

A intervenção poderia ter sido facilitada se não houvesse duas equipes atuando num mesmo espaço físico, o que dificulta incorporá-la na rotina de serviço, ou se a política não fosse tão afluída em alguns profissionais, o que dificultou atingir algumas metas, como os indicadores de saúde bucal, por exemplo.

Agora que estamos no fim do projeto vamos tentar superar algumas dificuldades e tentar incorporá-lo na rotina do serviço apresentando-o para as outras duas equipes enfocando as metas alcançadas e o sucesso nos indicadores.

Notamos que a ausência e/ou falta de interesse do Odontólogo prejudicou os indicadores referentes à saúde bucal, diante disso solicitamos a ajuda dos odontólogos das outras equipes, para poder coletar estes dados e monitorar os indicadores que tínhamos previstos no projeto.

A partir do próximo mês, quando tivermos a colaboração dos odontólogos, pretendemos investir na cobertura da saúde bucal dos idosos e, tomando esse projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de educação permanente em saúde para todos os profissionais do Centro de Saúde Emília Leite, discutindo todos os temas das ações programáticas do curso e outros de interesse do grupo.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Ao listar as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e cumpridas integralmente evidenciamos o quão importante foram as mudanças ocorridas para a saúde local, partindo do princípio que as mesmas não eram realizadas anteriormente a intervenção. Em seguida listamos as que foram “parcialmente” ou que “Não foram cumpridas” indicando e sugerindo ações previstas para melhorá-las com a ajuda da gestão local.

Ações cumpridas integralmente:

- Cadastramento dos idosos;
- Reunião com a Equipe para explicar o Projeto de Intervenção, Entrevista na radio Local e Blog do município;
- Capacitação da Equipe (ACS, Enfermeira, Técnicos);
- Início dos Exames clínicos apropriados, rastreamento de Hipertensos e Diabéticos; colocando em dia exames complementares e prescrição de medicamentos;
- Visita domiciliar ao idoso acamado ou com problemas de locomoção;
- Reunião nas micro áreas (busca ativa dos faltosos)

Ações cumpridas parcialmente e não cumpridas:

- Educação em saúde (orientação nutricional e pratica de atividades físicas);
- Busca ativa de faltosos;
- Caderneta de saúde da pessoa Idosa;
- Avaliações, orientações, consultas programadas e engajamento de saúde bucal;

As ações educativas e preventivas foram quase todas realizadas fora do centro de saúde por questões de acesso e de locomoção não só da clientela, mas também de alguns cuidadores, buscamos as instituições religiosas e algumas associações, como a de artesãs, por exemplo, por agregar uma porcentagem alta da população idosa e sempre enfatizando a orientação domiciliar independente que profissional esteja realizando a visita. Uma sugestão seria dar prioridade ao carro da

unidade ficar fixo para esse deslocamento, já que a equipe se dispõe aos atendimentos *in loco*.

Quando listamos que parcialmente fora realizada a orientação nutricional e de prática de atividades é no sentido que deixamos bem claro e pactuado em nossa capacitação que toda a equipe é um multiplicador dessas informações não necessariamente o Educador Físico e a Nutricionista, levando em consideração que não temos os mesmos no quadro de funcionários do centro de saúde. Uma sugestão seria incorporar esses profissionais nos consórcios diretos dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF.

Com relação à busca ativa de faltosos, os que faltam as consultas agendadas são por questões de locomoção pela distância dos bairros ao centro de saúde, não encaixamos como visita domiciliar do acamado porque o idoso se locomove mesmo que com dificuldade e realiza muitas atividades em seu domicílio. Então resolvemos ir aos bairros e realizar a consulta clínica perto deles para incentivar a caminhada e a envolver as comunidades, criar vínculos para os cuidadores terem a iniciativa de acompanhá-los as consultas e não acostumá-los a receber consultas apenas em suas residências. Marcamos estas ações em locais próximos e a equipe se articulou para realizarmos as consultas em duas igrejas em bairros distintos. A quantidade de idosos que realmente não se locomove, no caso dos acamados, é bem pequena e não nos trouxe dificuldade em realizar nenhum acompanhamento. Uma sugestão que os gestores podem estudar como um investimento futuro é um consultório móvel.

Sobre a Caderneta da Pessoa Idosa, por ter encontrado apenas 120 unidades em uma caixa arquivada na secretaria de saúde e após tantas desculpas e explicações que “tentaram” nos dar, tomamos a iniciativa de enviar um pedido para a Regional de Saúde a atual situação do idoso do município, com cadastros em dia e com o sistema sendo alimentado corretamente, como recomendado. Já tivemos um retorno por e-mail deixando clara a entrega das próximas remessas das carteiras (na quantidade correta) para a próxima demanda, no caso para o primeiro semestre de 2015. Sugerimos aos gestores a capacitação de um funcionário para alimentar o sistema, já que o atual foi remanejado de outro setor.

Uma das maiores dificuldades de todo projeto de invenção foi com relação a saúde bucal, sabemos não deve existir Saúde da Família separada de saúde bucal,

esta deve se integrar a equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia, com intervenção sobre a população idosa, baseada no território, com vistas à implementação concreta do SUS. Não temos bons indicadores por inúmeros problemas e muito seria resolvido com a gestão de pessoas e recursos direcionados para unificar e integrar as equipes de saúde em busca do denominador comum que é uma atenção primária como prega o SUS, com equidade e universalidade.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Ao chegar ao município e me integrar com a Equipe aos poucos fui conhecendo a realidade local e a visitar as comunidades que fazem parte da nossa área adscrita no Centro de Saúde Emília Leite.

Ao apresentar o Projeto de intervenção na radio e blog local a população não entendeu logo de imediato a nossa proposta, isso nos fez explicar exaustivamente em cada encontro ou roda de conversa sobre os objetivos e cada etapa realizada, sobretudo nosso proposito em atingir as metas nos indicadores.

A escolha em trabalhar a saúde do idoso não foi apenas por afinidade, mas por ser evidente que o idoso do município necessitava de uma atenção especial devido as reclamações recebidas e por ser uma população que consome muito os serviços de saúde devido a internações, doenças da velhice, como hipertensão e diabetes que interfere nas atividades diárias comprometendo sua autonomia exigindo mais atenção e cuidado da família e dos profissionais da UBS.

Iremos expor a seguir uma lista com algumas ações contempladas com o projeto de intervenção para serem comparadas com as que já existiam antes da intervenção e assim toda comunidade estará consciente do trabalho realizado e das mudanças ocorridas.

- Capacitação da Equipe – anteriormente não foi realizada nenhuma
- Cadastramento dos Idosos – não existia cadastro o que resultou na falta da caderneta do idoso pela regional de saúde.
- Início dos Exames clínicos apropriados – o idosos passou a ser atendido em dias exclusivos para ele, as consultas foram anteriormente agendadas consequentemente diminuindo as filas de espera;

- Rastreamento de Hipertensos e Diabéticos; colocando em dia exames complementares e prescrição de medicamentos – anteriormente não sabíamos se os idosos eram Diabéticos e ou Hipertensos por falta de registro na UBS, atualizando a prescrição para a retirada do mesmo na Farmácia básica, diminuindo a demanda de exames no laboratório que era a reclamação maior dos familiares;
- Visita domiciliar ao idoso acamado ou com problemas de locomoção – esta ação era realizada apenas quando a família solicitava na UBS ou o Agente Comunitário referia algum problema a ser resolvido. Com a intervenção foi implantado um protocolo de atendimento em que semanalmente a equipe irá realizar visitas domiciliares independente de queixas;
- Educação em saúde nas micro-áreas – ação que não acontecia anteriormente e passou a ser rotina as rodas de conversa sobre alimentação, atividade física e hábitos saudáveis;
- Atualização da imunização - ação que exigiu bastante do profissional Enfermeiro já que no município existe uma grande resistência da população idosa no que tange a vacinação em geral. Foram atualizadas as carteiras de vacinas, sobretudo as carteiras espelhos dos agentes comunitários de saúde; ação que futuramente irá render nas parciais das campanhas, por aumentar a adesão.

Nesse sentido podemos concluir que o projeto de intervenção, estabilizou e preveniu agravos a saúde do idoso, ações que anteriormente não eram realizadas e passaram a ser rotina e até servir de espelho para as outras equipes.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Todo processo de conhecimento é laborioso, tive uma formação acadêmica que primava muito pela atenção básica e encontrei muitas dificuldades na prática clínica ao notar tantas divergências entre a teoria e práticas acadêmicas da prática real.

O tempo das tarefas foi meu maior inimigo ao longo da jornada dessa especialização. Atrasei muitas tarefas devido à exaustão laboral, como diversas vezes notifiquei à supervisão regional do PROVAB, e devido a uma perda familiar que mexeu com todas as relações interpessoais na minha própria família.

Ainda assim, apesar da correria e dos atropelos, alcancei um resultado satisfatório. Consegui implantar no município de São Francisco do Oeste um programa de atenção à saúde do idoso de forma digna e ampliei meus conhecimentos na área de Medicina de Família, aprendendo a ver o paciente holisticamente, tentando entender o seu contexto familiar, construindo e dialogando com paciente no sentido de construirmos juntos um projeto terapêutico singular, sempre baseado na terapia de redução de danos, deixando de enxergar no paciente uma doença a ser tratada, passando a ver um indivíduo que tem questões pessoais, família, problemas sociais e econômicos.

6 BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea** : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.


GROSSI, P. K.; GUILAMELON, L. F. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**. n. 6, p.1-9, dez. 2006. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/forum/saude_do_idoso_e_intersetorialidade.pdf Acesso em: 29 de dezembro\2014.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; CALDAS, C. P.. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2011, vol.27, n.4, pp. 779-786. ISSN 0102-311X. Acesso em: 19/07/2014.

NERI, A. L. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alinea, 2006.

ZIEMERMAN, G. I. **Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento**. In: _____. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a. 228 p. Cap. 2, p.21-25.

ANEXO IV- DOCUMENTO COMITÊ DE ÉTICA - APROVAÇÃO DA PESQUIS



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^f 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

