

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Especialização Em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

Implementação da Saúde do Idoso na UBS Domingas Rolim Mourão em Urucurituba - AM:

Uma visão sobre a realidade e os desafios da atenção ao idoso no interior
amazonense

ALINE GUIMARÃES GRANA

Pelotas/RS, 2015

ALINE GUIMARÃES GRANA

**IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA UBS DOMINGAS ROLIM
MOURÃO EM URUCURITUBA - AM:**

Uma visão sobre a realidade e os desafios da atenção ao idoso no interior
amazonense.

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

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas/RS, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

G748i Grana, Aline Guimarães

Implementação da saúde do idoso no município de Urucurituba, AM : uma visão sobre a realidade e os desafios da atenção ao idoso no interior amazonense / Aline Guimarães Grana ; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientadora. — Pelotas, 2015.

81 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. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

DEDICATÓRIA

Ao meus pais, Elizabeth Guimarães e Marconi Grana por sempre me apoiarem e servirem de inspiração como profissionais médicos.

Aos meus irmãos, Tiago e Erika, por tornarem meu caminho mais agradável.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais

A cada momento em que a desistência pareceu ser o caminho a se tomar, lá estavam eles incentivando-me a continuar e não perder meus objetivos de vista.

À professora e orientadora Dayana Kelly Silva Oliveira

Não é fácil unir duas formas de pensar, no entanto esta dificuldade foi vencida com cada conselho amigável e sugestões importantes, me fazendo crescer profissionalmente e como pessoa.

Aos profissionais da UBS Domingas Rolim Mourão e do NASF

Por tornarem cada aspecto do meu trabalho um prazer. Sempre solícitos e engajados, alcançamos juntos cada vitória nesta caminhada. Hoje posso dizer que fiz amigos com quem posso contar muito além do âmbito profissional.

Ao Secretário de Saúde de Saúde Zaqueu Lopes Coutinho

Por ter abraçado cada ideia e ter me ajudado apesar das dificuldades.

À população de Urucurituba

Foram o meio e o objetivo de todas as ações, e receberam-me de braços abertos, no consultório e em suas casas. Com eles aprendi a admirar a sabedoria popular, respeitar suas crenças e me tornar mais humanizada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	UBS Domingas Rolim Mourão	13
Figura 2	Exame clínico dos membros inferiores em idosa diabética	46
Figura 3	Visita domiciliar à idosa com restrição de mobilidade	48
Figura 4	Capacitação dos ACS	49
Figura 5	Orientações a idosos no centro social do idoso	50
Gráfico 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	53
Gráfico 2	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	54
Gráfico 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	55
Gráfico 4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	57
Gráfico 5	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	58
Gráfico 6	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	59
Gráfico 7	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia	60
Gráfico 8	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia	61
Gráfico 9	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	63
Gráfico 10	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	64
Gráfico 11	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	66
Gráfico 12	Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência	67

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Amazonas
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DM	Diabetes Melitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo de Útero
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1. ANÁLISE SITUACIONAL	10
1.1 Avaliação inicial da ESF	10
1.2 Relatório da análise situacional	12
1.3 Comparativo	17
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e Metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Ações.....	23
2.3.2 Indicadores	36
2.3.4. Cronograma.....	44
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	45
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão	67
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores	69
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade	72
5. REFLEXÃO CRÍTICA	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS	78
APÊNDICE	86

RESUMO

GRANA, Aline. Guimarães. **Implementação da Saúde do Idoso na UBS Domingas Rolim Mourão em Urucurituba - AM**: uma visão sobre a realidade e os desafios da atenção ao idoso no interior amazonense. 88 f.: il. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O município de Urucurituba – AM possui deficiências referentes à saúde local, tais quais baixos índices de cobertura de programas do Ministério da Saúde, precariedade de medicamentos e exames, e baixo investimento na educação em saúde. Dentre esses observamos que a saúde do idoso era completamente negligenciada, pois não havia sequer atendimento instituído à esta população. O presente trabalho versa sobre os desafios da implementação do programa saúde do idoso neste cenário amazônico através do projeto de intervenção. Foram realizadas análises situacional e estratégica, e assim traçada a melhor tática para abordar cada aspecto. Desenvolveram-se metas e ações para quatro eixos, são esses: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Assim ao final de doze semanas conseguimos instituir o mesmo com 66,9% de cobertura do programa e ofertar, não somente atendimentos clínicos apropriados para 95,1% dos idosos cadastrados, como também obtivemos grande êxito ao cadastrar s idosos acamados, dos quais 95,7% receberam visita domiciliar da equipe multiprofissional. A educação em saúde também foi um importante meio de troca de conhecimentos e, através da mesma, transformamos os profissionais e usuários, ofertando educação continuada em saúde, orientações nutricionais, estímulo à prática de atividades físicas, cuidados com a higiene bucal entre outros temas. Mobilizamos o serviço para torná-lo organizado ao estabelecermos turnos de atendimentos, delimitação de prioridades e instrumentos para monitorização da qualidade. Por outro lado as ações em saúde bucal foram prejudicadas devido a problemas estruturais e não atingimos a cobertura desejada. Assim buscamos trabalhar de forma multidisciplinar a fim de proporcionar ao usuário uma abordagem holística e eficiente, garantido os princípios doutrinários do SUS.

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

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade relatar a situação da saúde no município de Urucurituba no estado do Amazonas, como também apresentar a intervenção realizada com foco na saúde do idoso e seus desdobramentos para com a população local. Trata-se, portanto, de um instrumento de transformação baseada e adequada a esta realidade. Iniciamos com análise situacional, na qual descreveu-se os aspectos inicialmente encontrados no município. Após realizou-se uma análise estratégica e através desta o projeto de intervenção. Por fim é relatada a intervenção e realizada uma avaliação da mesma, arrematada por uma reflexão crítica de todo o processo.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Avaliação inicial da ESF

No município de Urucurituba no estado Amazonas, há quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, a equipe na qual estou inserida encontra-se instalada na Unidade Básica de Saúde Domingas Rolim Mourão, localizada no centro da cidade. O espaço físico está delimitado em um terreno de aproximadamente 150 metros quadrados, e foi inaugurada em 2013. O horário de funcionamento é das 7h às 17h, com pausa de duas horas para almoço.

A estrutura é boa e confortável, possui um consultório médico, aparelhado com negatoscópio, maca, armário vitrine e pia. Outras instalações incluem recepção/triagem, sala de vacina, farmácia, sala de enfermagem, banheiros para cada gênero, banheiro de funcionários, um salão de espera, sala de atendimento odontológico, sala de telessaúde, sala de coleta, sala de observação, sala de nebulização, sala de curativo, uma copa e uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde.

No momento há duas equipes trabalhando no espaço desenvolvido para apenas uma equipe, situação esta que traz alguns contratempos e dificuldade organizacional, impedindo que os pacientes sejam recepcionados de forma correta. Infelizmente há apenas dois profissionais realizando triagem e o volume de atendimentos é muito grande, o que ocasiona pesagens e aferições feitas de forma incorreta, prejudicando assim o trabalho realizado por médicos e enfermagem.

A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e oito ACS. A enfermeira é muito competente e tem espírito de equipe e organização. A técnica de enfermagem e os ACS necessitam ser melhor estimulados e treinados, pois vejo que muitas vezes não realizam seu trabalho corretamente ou o

fazem de forma incompleta. Há muita reclamação por parte dos usuários de que muitos ACS não realizam visitas periódicas.

Há um odontólogo e uma técnica em saúde bucal para as duas equipes, porém o serviço não funciona desde Outubro de 2013 pois o compressor, que não era adequado para esta finalidade, está quebrado. Então os comunitários estão completamente desassistidos na saúde bucal. Não há previsão de quando esta realidade mudará.

Na unidade ainda funciona um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e infelizmente esses profissionais não possuem salas próprias, atendendo nas salas de coleta e de observação quando estão vagas. É composto de uma psicóloga, uma Assistente Social, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e um educador físico. Sempre que posso busco o apoio desses profissionais, eles garantem uma melhor qualidade de tratamento e um acompanhamento mais holístico.

Não possuímos laboratório próprio, então os exames de toda a cidade são realizados no hospital, muitas vezes faltam exames básicos como sorologia para hepatite, sorologia para Toxoplasmose, necessária no pré-natal das gestantes, entre outras restrições como a frequente falta de reagentes para realizar exames. Alguns exames são enviados para fora da cidade, como por exemplo o colpocitológico, que demora em torno de dois meses para se ter o resultado pois é enviado para Manaus – AM.

Quanto aos programas da ESF, cada dia da semana atendemos um público alvo. São programas realizados integralmente: a Saúde da Mulher, com o pré-natal, coleta de colpocitológico, Planejamento Familiar, o Hiperdia, com o acompanhamento de Diabéticos e Hipertensos, a Saúde da Criança, com consultas de puericultura e a Visita Domiciliar.

Não são realizados Saúde do Homem, pois não há material para realizar o toque retal, e não há conscientização por parte da população da importância da prevenção. A saúde do Idoso se restringe a atendimentos esparsos, muitas vezes restrita a atendimentos de demanda espontânea. Não há qualquer atividade voltada à Saúde mental, também restringindo à demanda espontânea.

Por fim um dos maiores problemas diz respeito à medicação oferecida na UBS. Há carência de drogas básicas como Sulfato Ferroso, Paracetamol, Amoxicilina, metformina, entre outros. Este é um fator limitante na atenção a saúde pois a população é carente e não possui condições de comprar medicamentos. Frequentemente é necessário recorrer ao serviço social para solicitá-las, o que atrasa o início do tratamento gerando agravamentos de doenças e perda do controle sobre doenças infecciosas.

Apesar das dificuldades busca-se realizar o trabalho com presteza e cuidado sempre procurando orientar e fazer educação em saúde. Observa-se que algumas situações poderiam ser evitadas com a prevenção e promoção de saúde. É necessário organizar melhor os turnos de atendimentos e realizar treinamentos aos ACS e à população em geral, reforçando, desta forma, a relação e a troca de conhecimentos.

1.2 Relatório da análise situacional

A cidade encontra-se localizada na região do médio Rio Amazonas, possui uma população de aproximadamente 18.679 habitantes segundo IBGE (2012), a qual está distribuída entre zona urbana e zona rural, com intensa migração intra-populacional. Essa população é adscrita a quatro Unidades Básicas de Saúde todas com implantação da Estratégia de Saúde da Família e apresenta ainda um Núcleo de Apoio à Saúde da Família para toda a região.

Possui ainda um hospital de atenção secundária mantido com verbas do governo do estado e prefeitura, porém este não dispõe de profissional médico para realizar atendimento diariamente. Há escassez de exames laboratoriais, pois só há um laboratório para toda a cidade, e muitas vezes faltam reagentes, atrasando condutas e diagnósticos.

A UBS Domingas Rolim Mourão localiza-se no centro da cidade, e foi inaugurada em Novembro de 2013. Há o apoio da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) através do Programa de Telessaúde, na qual é possível receber treinamentos e trocar informações a respeito de condutas. Não há Centro de Especialidades Odontológicas.

A equipe em que trabalho é constituída de dez agentes comunitários de

saúde, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, um dentista, uma técnica em higiene bucal e uma médica. A UBS possui uma coordenadora para as equipes, três profissionais de triagem, três técnicas de enfermagem responsáveis pela sala de vacina e duas serviços gerais.

A estrutura física foi construída para abarcar apenas uma equipe de ESF, no entanto este espaço é utilizado por duas equipes. Possui construção em alvenaria, de apenas um piso, com acesso em rampa para cadeirantes, porém paredes e portas estreitas para a passagem dos mesmos.



Figura 1 – UBS Domingas Rolim Mourão
Fonte: Arquivo Pessoal, 2014.

Há apenas um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de coleta, utilizada pela médica da outra equipe como consultório, uma sala de observação, que é ocupada pelo enfermeiro da outra equipe, uma recepção que é utilizada como sala de triagem, uma sala de vacina, uma farmácia, consultório do dentista, sala de esterilização, sala da coordenadora do posto, banheiros para pacientes, um banheiro para todos os funcionários, uma sala de nebulização, uma sala de curativo, copa, depósito de material de limpeza, expurgo, e sala de ACS.

Recentemente foi construído um depósito de lixo coberto, no entanto este não é dividido em lixo hospitalar e comum, podendo gerar contaminações. Portanto este poderia ser adaptado para separar o material contaminante, e evitar que os trabalhadores que recolhem se tornem vítimas de um acidente biológico. Outro ponto que deveria ser revisto é a respeito da rampa de acesso ao posto, que não possui corrimão para que os pacientes possam se apoiar, dificultando o acesso de idosos e pacientes com restrição de mobilidade.

No tocante das atribuições dos profissionais verificamos que os mesmos cumprem suas atividades de maneira pouco satisfatória. Como pontos positivos podemos ressaltar o bom acolhimento realizado pela enfermagem, a preocupação verdadeira de alguns ACS quanto aos usuários sob sua responsabilidade, a boa interação entre a equipe se houver necessidade de tomar uma conduta clínica multidisciplinar.

No entanto como pontos que podem melhorar ressalto o mapeamento local, pois este servirá de base para estabelecer um planejamento ajustado com as necessidades e recursos locais. É importante ainda instaurar metas mensais para aumentar a cobertura da área, e buscar realizar ações na comunidade como educação em saúde e grupos de obesos.

A área abrangida pela ESF em que trabalho possui cerca de 2535 usuários adscritos, e eventualmente realizamos acolhimento e atendimento de usuários fora de área. Este número é preconizado pelo Ministério da Saúde, o que possibilita um melhor acompanhamento dos usuários.

Apesar da equipe trabalhar de acordo com a ESF, há um excesso de demanda espontânea, devido à falta de organização local para a divulgação do funcionamento correto da UBS, como por exemplo a programação de atendimentos do dia. Outro problema que ocorre é em consequência a ausência de médicos no hospital, o que torna necessário que estes usuários se desloquem para UBS mais próxima que é a qual trabalho. Assim poucos atendimentos são realmente programados, e a maioria é atendimento por causas agudas.

Contudo isto nos dá a possibilidade de vivenciar situações clínicas diferentes e aprofundar conhecimentos em outros temas não tão frequentemente comuns a ESF. Para solucionar este problema deve ser organizado e divulgado os horários e atendimentos programados, bem como melhorar o acolhimento para que os usuários sejam bem distribuídos entre consultas médicas e de enfermagem.

São realizadas poucas ações de educação em saúde. Atualmente a UBS dispõe de um cronograma de palestras realizadas na sala de espera. Eventualmente realizamos palestras na comunidade, em conjunto com alunos da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). No entanto ainda faltam mais investimentos nestas atividades, o que poderia ser contornado programando ações semanais em cada bairro, agregando conhecimento à população e por consequência os índices de saúde.

Um dos principais programas realizados na UBS é a Atenção à Saúde da Criança com 70% de cobertura, realizado às segundas-feiras no turno da tarde. Há uma baixa adesão da população para a realização de atendimentos de puericultura, são atendidas poucas crianças por agendamento para realização de desta. Por outro lado a demanda espontânea corresponde à maioria dos atendimentos realizados pois são agravamentos agudos que poderiam ser prevenidos ou minorados. Há ainda vacinação e administração da vitamina A.

Busca-se utilizar os protocolos do Ministério da Saúde (MS), os quais não são realizados integralmente. Há uma necessidade de criar um livro de registros para esses atendimentos com finalidade de permitir o estudo da realidade local e permitir a busca ativa nos casos necessários. É importante associar o trabalho dos ACS e dos técnicos de enfermagem responsáveis pela vacina para que esses se tornem sentinelas da saúde da criança, verificando também a situação vacinal e a assiduidade nas consultas de puericultura.

A atenção ao Pré-Natal é realizada por toda equipe, alternando atendimento médico e de enfermagem, bem como contamos com o apoio dos profissionais do NASF para orientação à nutrição e apoio psicológico, assim possuímos 74% de gestantes cadastradas. O protocolo utilizado é do MS, e há uma grande adesão por parte das usuárias. A busca ativa passou a funcionar, restaurando o agendamento

perdido em até sete dias graças à ação dos profissionais da triagem com os ACS. Ainda há espaço para melhorar, acrescentando atividades em grupos de gestante e educação em saúde a respeito da gestação, parto e cuidados com o recém nascido. O puerpério possui cobertura um pouco maior, com 85%. Isto se deve ao trabalho dos ACS ao informar a equipe do nascimento da criança, agendando a visita da equipe ainda na primeira semana de vida.

Associado ao pré-natal buscamos realizar o exame clínico das mamas e indicar a coleta de material colpocitológico, melhorando assim os índices de cobertura dos programas de prevenção ao câncer de mama e de colo de útero. Ainda assim apenas 59% das mulheres apresentam o exame de rastreio em dia, e 11% estão atrasadas há mais de seis meses. O maior empecilho é a falta de informação a respeito da utilidade do PCCU e sua importância na prevenção.

Quanto ao rastreamento do câncer de mama 84% das mulheres estão com três meses ou mais de mamografias atrasadas, muitas delas nunca sequer realizaram o exame. Bem como, algumas nunca foram sequer avaliadas para o risco de câncer de mama clinicamente. Há portanto grande necessidade de investir nesses dois programas a fim de melhorar a cobertura, criando um registro para cada um, empregando efetivamente o uso do cartão da mulher, realizando palestras informativas e agendando os exames de forma organizada por áreas, melhorando assim a cobertura.

No que tange as doenças crônicas, como a Hipertensão e o Diabetes, há uma baixa cobertura para ambos os programas, com 28% e 38% respectivamente, principalmente por se tratarem de doenças pouco sintomáticas inicialmente. Não há uma busca ativa, apesar de haver um registro de pacientes hipertensos e diabéticos e não há o seguimento de nenhum protocolo no atendimento destes.

Para vencer estas barreiras é necessário organizar campanhas de aferição da pressão arterial em domicílio através do trabalho conjunto com os ACS e portanto amortizar casos de hipertensão do jaleco branco, ou mesmo de hipertensão mascarada. A criação de um fluxograma simplificado para utilizar no atendimento destes também facilitaria na hora de solicitar exames e conduzir alguns itens do exame físico, como a estratificação de risco.

A maior deficiência, no entanto, diz respeito ao acompanhamento da saúde do idoso. Não há turno previsto para este atendimento, não há registro de idosos, mapeamento de idosos com necessidades especiais ou de mobilidade, e a UBS não oferece apoio às atividades desenvolvidas na casa do idoso, além do mais, nenhum idoso possui caderneta do idoso pois não existe no município.

A fim de contornar este desfalque deve-se realizar um mapeamento de idosos, gerando uma demanda organizada por áreas e prioridade, implantar o cartão do idoso, permitindo assim o acompanhamento integral do mesmo em qualquer nível de atenção em saúde. É importante promover a educação continuada e o treinamento da equipe de saúde no atendimento a pessoa idosa, bem como capacitação para aplicar testes como Avaliação Multidimensional Rápida e saber reconhecer os indicadores de fragilização da velhice, e assim prestar uma assistência em saúde integralmente.

A orientação nutricional deve ser estendida a todos os idosos, e a orientação para atividades físicas fornecida de forma individualizada em parceria com o educador físico. Por fim, criar um registro desses atendimentos, com consultas agendadas e busca ativa em casos de faltosos.

Assim, fica evidente que o maior desafio diz respeito a organização dos programas, seu funcionamento e sistemática. Há ainda a carência de medicamentos, de exames laboratoriais e de materiais de consumo, que se tornaram um fator limitante na atenção à saúde da população em geral. Portanto, para superar esses obstáculos será necessário apoio dos gestores e da comunidade.

Os questionários fornecidos pela UFPel permitiram observar as discrepâncias entre o que é preconizado para a boa realização das atividades na UBS e o que é de fato realizado. Por outro lado servem também de base para mover mudanças, uma lista de checagem, na qual podemos paulatinamente introduzir melhorias.

1.3 Comparativo

Portanto, ao se comparar o texto inicial sobre a situação da ESF e o relatório

percebe-se que apesar de já ter conhecimento que haviam problemas a serem trabalhados, estes se tornam mais pontuais ao serem minuciosamente avaliados, permitindo assim, uma intervenção mais precisa e baseada na realidade local.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

Segundo o artigo nº 196 da constituição federal de 1988, a "saúde é direito de todos e dever do Estado...". No entanto com uma população cada vez mais envelhecida, na qual há uma demanda maior por serviços de saúde e escassez dos mesmos (Lima-Costa e Veras, 2003), percebe-se que a população idosa fica, muitas vezes, desassistida. Assim a saúde do idoso é uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) e portanto foco do presente trabalho.

No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos (Ramos, 1993; Silvestre, 1998 apud VERAS, 2003) ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 74,9 anos (Brasil, 2013). Esse incremento na expectativa de vida gera impactos econômicos e sociais, bem como torna necessário mobilizar mais recursos para agravos crônicos de saúde decorrentes da senectude.

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO ET AL., 2000 apud VERAS, 2003).

De acordo com Veras (2003) a abordagem médica tradicional, não é adequada ao idoso pois não é possível restringir todas as queixas em um único diagnóstico. Portanto idoso deve ser visto em toda sua complexidade, considerando também os aspectos sociais, psicológicos e culturais.

Dentre os aspectos nos quais mais se deveria investir, destacamos a saúde bucal, pois segundo Colussi e Freitas (2002) os serviços públicos não apresentam eficiência em prevenir a cárie e como consequência se realizam extrações em massa,

e assim há grande demanda de tratamentos protéticos. No entanto esses tratamentos geralmente são onerosos e frequentemente não estão disponíveis na rede pública.

Outro ponto a ser visto é o fato de que o idoso geralmente apresenta pelo menos uma doença crônica (RAMOS, 1993 apud RAMOS, 2003), no entanto isto não o impede de ser considerado saudável, pois Ramos (2003) ressalta que este se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, apresenta melhor qualidade de vida e menor grau de incapacitação.

Assim considera-se uma "velhice" bem sucedida, segundo Neri (1993) apud Trentini (2004), aquela em que há preservação da saúde objetiva, da saúde auto-referida e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens. Portanto, atualmente, a senescência deixou de ser sinônimo de doença e assim devemos investir para que o maior número de indivíduos gozem de uma velhice plena e saudável.

Em Urucurituba - AM, há uma grande necessidade de direcionar ações a este público de usuários uma vez que a atenção ao idoso é realizada de forma incipiente. A área a ser trabalhada diz respeito a área de abrangência da ESF 1 da UBS Domingas Rolim Mourão. Esta foi inaugurada em Novembro de 2013, possui uma boa estrutura física, no entanto comporta duas equipes ESF, o que é inadequado para a sua capacidade, gerando dificuldades organizacionais e sobrecarga dos profissionais da recepção.

Há em torno de 154 idosos, porém apenas 89 são acompanhados, resultando uma cobertura de 58%. A maioria desses é acompanhado devido a alguma doença crônica, e não há um acompanhamento efetivo voltado para a senilidade, com prevenção e promoção de saúde. Por exemplo não há caderneta do idoso, nem são aplicados protocolos de atendimento aos mesmos. Não há dados a respeito de usuários acamados ou em situação de fragilização.

Dado o exposto, percebe-se que o idoso, camada crescente da população, necessita de uma atenção especial, a fim de promover a senescência saudável e diminuir custos de internações e medicações desnecessária devido a agravos preveníveis. Para tal a ESF 1 possui profissionais capacitados para pôr em prática uma intervenção com este foco, cadastrando idosos, promovendo educação em

saúde voltada para os mesmos, e identificando fatores de fragilização do idoso.

Há algumas barreiras a serem vencidas como a aquisição da caderneta do idoso e a saúde bucal devido a baixa capacidade de atendimento do único consultório odontológico da cidade. Ainda assim, espera-se fazer orientações a idosos e familiares que causem melhoria na saúde bucal dos mesmos com foco na prevenção e cuidados simples. Por fim, espera-se implementar permanentemente a saúde do idoso como um programa essencial, através do qual será possível monitorizar e aumentar a qualidade de vida desta população.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo Geral: Implementar o Programa Saúde do Idoso e saúde bucal do idoso na UBS Domingas Rolim Mourão.

Objetivos Específicos

- Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso e da cobertura da atenção à saúde bucal do idoso.
- Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.
- Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
- Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.
- Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
- Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Metas

Metas referentes ao objetivo 1

- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.
- Realizar a primeira consulta odontológica a 50% dos idosos.

Metas referentes ao objetivo 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 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.
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos
- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- 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..
- Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica.
- Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.
- Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

Metas referente ao objetivo 3.

- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.
- Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica.

Metas referentes ao objetivo 4.

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.
- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas com primeira consulta odontológica.
- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica

Metas referentes ao objetivo 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.
- Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Metas referentes ao objetivo 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 ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos da área de abrangência.
- Garantir orientações sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias, para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

O presente trabalho será realizado na cidade de Urucurituba, Amazonas, no contexto da Unidade Básica de Saúde Domingas Rolim Mourão, a qual abrange três bairros da cidade, tendo por foco a Saúde do Idoso, será realizado um projeto de intervenção visando implementar esta ação programática no local, uma vez que até a realização deste a saúde do idoso era incipiente. Serão trabalhados com indivíduos a partir de 60 anos, sem haver qualquer seleção ou divisão entre esses. O período do projeto durará doze semanas ininterruptas.

A intervenção se dará através de ações em saúde, as quais envolvem atendimento à população do foco, educação em saúde e rastreamento de idosos fragilizados e acamados, orientadas pelos objetivos e metas já descritos. Haverá participação de toda equipe de saúde da UBS, bem como, colaboração de universitários da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e outros usuários locais.

Para realizar a intervenção serão utilizados indicadores fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), bem como planilhas eletrônicas para registro sistemático da coleta de dados para monitoramento da intervenção. Por fim os dados serão analisados e realizado um comparativo do impacto da intervenção para a melhoria da saúde da população local.

2.3.1 Ações

Cobertura

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

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente.
 - Será realizado através de registro específico em livro próprio da saúde do idoso, que conterà agendamentos, realização de atividades, aferições antropométricas e pressóricas. Mensalmente será revisto, preferencialmente na primeira quarta-feira do mês, a fim de identificar faltosos e realizar busca ativa. Os responsáveis pelo registro serão os profissionais da recepção, sob supervisão da médica.
- Organização e Gestão Do Serviço:
 - Acolher os idosos: Será realizado o acolhimento diariamente na recepção da UBS, porém o atendimento específico agendado para consulta médica será realizado em dois turnos, quintas-feiras à tarde e sextas-feiras pela manhã. O

- acolhimento poderá ser feito por diversos profissionais da equipe, porém usualmente será realizado pelos profissionais da recepção.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde: Será realizado de forma ativa, através dos ACS da área, com cadastramento em livro próprio e fornecimento da carteira do idoso.
 - Atualizar as informações do SIAB: Os dados coletados serão tabulados através do software Microsoft Excel 2013 e inseridos, após correção, no SIAB. Esta ação será realizada pela digitadora da unidade.
- Engajamento Público: Ambas as ações abaixo serão realizadas através de reuniões comunitárias, panfletagem e divulgação durante atendimentos e visitas domiciliares.
- 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.
- Qualificação da Prática Clínica: Será realizado treinamento oferecido pela médica em parceria com a secretaria da saúde, baseados nos textos do MS, com todos os profissionais da equipe, oferecendo material de apoio e teste pós-treinamento. O número total de treinamentos será estipulado de acordo com a necessidade da equipe e volume de assuntos.
- 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.

Qualidade

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

Metas:

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

- 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.
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos
- 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).
- 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.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação: O monitoramento será realizado por área adstrita de cada ACS. O livro de registro específico conterà todos os dados a serem monitorados abaixo, devendo ser revisado mensalmente por área. O monitoramento será realizado pelo ACS, profissionais da triagem, enfermeira e médica, devendo ficar sob responsabilidade da coordenadora do posto.
 - Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos 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.
- Organização E Gestão Do Serviço
 - Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen); Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: Será elaborada lista de materiais necessários, ou materiais que necessitam reparo para ser entregue à secretaria para que esta possa fornecer os mesmos.
 - Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos: Durante o treinamento realizado com todos os profissionais será estabelecido a atribuição de cada um nesta avaliação; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos: Durante o treinamento realizado com todos os profissionais será estabelecido a atribuição de cada um nesta avaliação.
 - Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado: Caso haja alguma dificuldade na avaliação do idoso, o profissional deverá comunicar a médica para que esta possa refazer a avaliação.
 - Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: Serão cadastrados no programa Hiperdia na recepção da UBS.

- Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades: Serão referenciados através do programa SISREG que regula o agendamento de consultas em todo estado, com apoio da assistência social para aqueles com necessidade de custeio para remoção.
- Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Serão solicitados os exames e estes serão repassados ao gestor, bem como será sugerido um acordo entre o laboratório local privado e a secretaria, para facilitar e agilizar a realização de exames.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados: A cada consulta será registrada a solicitação de exames, devendo ser recebidos no máximo até o mês seguinte, sendo este registrado em prontuário. Caso não seja realizado, o motivo deverá ser apurado e sanado de acordo com as causas.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: Será realizado mensalmente pelo atendente de farmácia, devendo separar aqueles com validades próximas, gerar listas de medicações em falta e repassar à secretaria de saúde as mesmas.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde: As medicações prescritas serão registradas em livro próprio da farmácia, principalmente aquelas que estiverem em falta.
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa: Serão registrados em livro próprio para idosos acamados, bem como serão assinalados no mapa da área.
- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção: Serão programadas visitas por área e de acordo com prioridade dos mais senis e mais graves.
- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM: Será realizada atividade educativa, na recepção da UBS, organizada de acordo com cronograma pré-estabelecido, abordando como conteúdo cuidados e comorbidades mais comuns.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde: Receberão em qualquer dia de atendimento ficha de prioridade, na recepção.
 - Saúde Bucal: Será organizada nos moldes já relatados. As propostas de mudanças serão repassadas à equipe de saúde bucal, como livro de controle de atendimento, fichas de prioridade, e as informações serão constantemente trocadas com reuniões mensais de equipe. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; 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.
- Engajamento Público: as ações abaixo serão realizadas através de reuniões comunitárias, panfletagem e divulgação durante atendimentos e visitas domiciliares.
- 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 da HAS e do DM, bem como e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
 - Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
 - Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
 - Orientar 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.
 - 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 com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
 - Orientar à 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.
- Qualificação da Prática Clínica: Será realizado treinamento oferecido pela médica em parceria com a secretaria da saúde, baseados nos textos do MS, com todos os profissionais da equipe, oferecendo material de apoio e teste pós-treinamento. O número total de treinamentos será estipulado de acordo com a necessidade da equipe e volume de assuntos.
- 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/Hiperdia.
- 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."

Adesão

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

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

Ações:

- Monitoramento e Avaliação:
 - Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde: Será comparado o livro de agendamentos com a produção médica, de enfermagem e do dentista. Esta comparação será realizada pela coordenadora da UBS mensalmente.

- Organização e Gestão do Serviço
 - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: serão realizadas visitas por ACS, e então uma triagem para aqueles que podem ir à UBS, ou aqueles que necessitam de acompanhamento em domicílio, seja da enfermeira ou da médica de acordo com a necessidade do usuário.
 - Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares: os agendamentos programados deverão manter duas vagas, nos turnos de atendimentos a idosos, para receber estes pacientes.
 - Engajamento Público: as ações abaixo serão realizadas através de reuniões comunitárias, panfletagem e divulgação durante atendimentos e visitas domiciliares.
 - 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."
- Qualificação da Prática Clínica: Reuniões mensais com a equipe poderão definir estes números e fornecer informações atualizadas aos ACS quanto as novas orientações aos idosos.
 - Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
 - Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Registro

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Metas:

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Ações:

- Monitoramento e Avaliação
 - 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: Após exame clínico, aqueles classificados como alto risco de morbimortalidade e indicadores de fragilização serão monitorizados mensalmente com consultas mensais e visitas domiciliares, bem como será registrado em livro para esta finalidade, seja para inclusão ou exclusão desta classificação.
 - Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Monitorar todos os idosos com rede social deficiente: Cada idoso será igualmente avaliado pela assistente social, e caso haja alguma deficiência será identificado e colocado no mesmo livro para idosos de risco para que providências cabíveis sejam tomadas.
- Organização E Gestão Do Serviço
 - Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade; Priorizar o atendimento idosos fragilizados: Idosos nas situações descritas não necessitam de agendamento prévio, sendo prontamente atendidos ao comparecerem na unidade.
 - Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente: Será separado uma vaga para visita domiciliar semanal, e duas vagas diárias para agendamento para idosos com estas condições.
- Engajamento Público
 - Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco: Será realizado individualmente em consultas médicas e de enfermagem.
 - Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente: Será criado um grupo de apoio a familiares de idosos fragilizados, para que possam trocar experiências e receber orientações quanto aos cuidados necessários, reforçando assim a rede social dos idosos.

- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde: Será realizado com apoio dos ACS, bem como divulgação no centro de convivência do idosos.
- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio: Promover eventos lúdicos e educativos no centro social do idoso, bem como eventos sociais nas igrejas.
- Qualificação da Prática Clínica
 - Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice: Será elaborado encarte com estes fatores para ser distribuído a todos os profissionais de saúde, bem como treinamento presencial.
 - Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos: Os todos os profissionais serão treinados para reconhecer deficiência na rede social dos idosos em treinamento presencial.

Promoção de saúde

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Metas:

- 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.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação
 - 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: Será realizado com apoio da nutricionista e educador físico

local, e estes indicação aqueles que necessitam de maior atenção mensalmente em livro próprio.

- Monitorar as atividades educativas individuais: Será realizado a cada atividade educativa uma lista de frequência, contendo também os assuntos abordados.
- Organização E Gestão Do Serviço
 - Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis: A nutricionista será responsável por esta ação.
 - Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular: O educador físico será responsável por esta ação.
 - Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física: Estabelecer parceria com o centro social do idoso e com as escolas municipais para promover jogos e atividades físicas.
 - Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual: O tempo mínimo de consultas ficará estabelecido em 30 minutos para a enfermeira e médica.
- Engajamento Público: As ações abaixo serão realizadas através de reuniões comunitárias, panfletagem e divulgação durante atendimentos e visitas domiciliares.
 - 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.
- Qualificação Da Prática Clínica: Cada profissional de nível superior ficará responsável pela capacitação para suas respectivas áreas, sendo realizadas em reuniões mensais.
 - 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.

2.3.2 Indicadores

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

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.

Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

- Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

- Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

- Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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.

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.

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.

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.

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.

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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

- Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica e com tratamento odontológico concluído
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica

Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

- Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta com avaliação de alterações de mucosa.
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta.

Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

- Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com avaliação de necessidade de prótese
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológico.

Proporção de idosos faltosos às consultas odontológicas que receberam busca ativa.

- Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica e buscados pela unidade de saúde
- Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta.

Proporção de idosos com registro na adequado.

- Numerador: Número de registros específicos atualizado.
- Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica.

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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica.

Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

- Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com avaliação de risco em saúde bucal.
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

- Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

- Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência com primeira consulta odontológica.

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

- Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

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 total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

- Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência da Unidade.

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 com primeira consulta odontológica.

2.3.3 Logística

O protocolo adotado para implementar a saúde do idoso é do Ministério da Saúde de 2006: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Para registro específico e monitoramento regular serão utilizados quatro instrumentos de registro para todas as ações.

1. Caderneta da pessoa idosa: este instrumento possibilitará registros como agendamentos de saúde, comorbidades, e outras particularidades do idoso. Esta caderneta será adaptada para ter o maior número de informações relevantes possíveis levando em consideração a realidade local. Será solicitada à secretaria de saúde local a confecção de pelo menos 200 cadernetas do idoso, para englobar o máximo número possível de idosos.
2. Livro de registro de busca ativa: para facilitar a busca ativa é necessário um livro de registro para faltosos, desta forma, é muito mais facilmente identificável, podendo acionar o ACS responsável pela área do idoso, para que este possa identificar o motivo da ausência, podendo indicar nova consulta na UBS ou a necessidade de visita domiciliar. Será reservada diariamente duas vaga para atendimento ambulatorial para os faltosos, sendo uma com a enfermeira e uma para a médica, o mesmo é válido para as visitas domiciliares.
3. Planilha de Registros: será utilizada uma planilha de registros disponibilizada pela UFPEL, contendo todos os dados de cada eixo de Monitoramento e Avaliação, sendo revisado e atualizado mensalmente tanto pela médica, enfermeira e coordenadora da UBS.
4. Livro de rede social/ nutricional/ educação física: um registro da rede social do idoso será criado contendo sua genealogia, relação com parentes e comunidade, estado nutricional e a prática de exercício. Este instrumento será coordenado com apoio do NASF local, porém preservando a troca de informações com a ESF, sendo revisada por esta mensalmente, e alterada com informações advindas dos ACS's.

O monitoramento regular também contará com a avaliação mensal dos indicadores da planilha OMIA disponibilizada pela UFPEL, possibilitando um acompanhamento progressivo mensal, que poderá ser avaliado na forma de porcentagem e gráficos de progressão.

Quanto à capacitação dos profissionais serão realizadas em forma de reuniões com cada classe para determinar seus papéis quanto à promoção à saúde do idosos. Será fornecido além da versão digitalizada do protocolo de embasamento, um fluxograma resumido contando com todas as ações que devem ser realizadas a cada atendimento.

A exemplificar os médicos, cujo fluxograma deverá incluir a avaliação global da pessoa idosa, avaliação multidimensional rápida entre outros testes ambulatoriais. Já os ACS deverão saber fazer uma boa escuta, aferição da pressão arterial, e a promoção de hábitos saudáveis, entre outras atividades.

Quanto ao acolhimento dos idosos este será realizado na sala de espera da UBS sendo ofertar dois turnos de atendimento por agendamento, no entanto qualquer urgência ou emergência será atendida no dia em que o idoso necessitar. Serão ainda realizadas atividades educativas, na recepção da UBS, organizada de acordo com cronograma pré-estabelecido, abordando como conteúdo cuidados e comorbidades mais comuns.

Já o Engajamento Público, conta com reuniões na comunidade a fim de esclarecer as necessidades dos idosos e alertar quanto aos riscos e fragilizações que estes sofrem. Será ainda criada uma parceria com o Centro social do idoso para que todos os idosos possam usufruir das atividades lúdicas e de socialização, bem como um grupo de apoio ao cuidador, com palestras e apoio psicológico da psicóloga do NASF.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações desenvolvidas, facilidades e dificuldades

A intervenção com foco na saúde dos idosos iniciou na primeira semana de Setembro e foi concluída em Novembro, durou doze semanas ininterruptas. Conseguimos cadastrar idosos e aumentar nossa cobertura. Todos os idosos são cadastrados em livro próprio, no qual consta se são acamados, se têm alto risco cardiovascular, quando será sua próxima consulta, entre outros dados que nos ajudam a ter maior controle sobre quem necessita mais.

Infelizmente não conseguimos realizar o cadastro de 85% do previsto como pensado no cronograma, pois passamos a considerar idosos cadastrados apenas aqueles que passaram por primeira consulta médica, para assim garantir maior controle e qualidade da intervenção. Para que consigamos atingir a meta estabelecida foi calculado que a intervenção deveria durar em torno de quatro meses, e para completar 100% de cobertura necessitaremos de aproximadamente cinco meses.

Outro fator que dificultou o cadastro dos idosos é a alta taxa de migração no município. Muitos idosos, principalmente aqueles com comorbidades mais graves, que necessitam de tratamento mais especializado não eram encontrados em sua residência pois estavam em tratamento em Manaus.

É muito comum ainda que idosos provenientes de comunidades ribeirinhas, áreas sem cobertura médica ou mesmo do programa de Agentes Comunitários de Saúde não sejam acompanhados, e esta tem sido nossa maior dificuldade, pois acabamos por não formar vínculo com esses indivíduos e piora a adesão ao acompanhamento da equipe, dificultando o sucesso da abordagem terapêutica e a implementação de ações preventivas.

Foi realizada avaliação clínica completa dos idosos cadastrados. Este índice não pode ser alcançado em sua totalidade devido às consultas de alguns idosos extremamente fragilizados realizadas no âmbito do domicílio dos mesmos, o qual não possibilitava o exame físico minucioso. Por outro lado, a avaliação clínica também foi comprometida pela falta de materiais de consumo, como luvas e máscara, ocasionado pela má administração local. Houve ainda duas semanas durante as quais faltou luz e água comprometendo os atendimentos e dificultando atingirmos nosso objetivo.



Figura 2 – Exame clínico dos membros inferiores em idosa diabética
Fonte: Arquivo Pessoal, 2014.

Em relação a busca ativa para idosos faltosos. Nestes três meses de intervenção apresentamos apenas cinco casos, e todos foram buscados e receberam visita domiciliar. Isto se deve ao fato de realizamos o agendamento de poucos idosos por semana, e sempre damos prioridade a eles nas visitas domiciliares. Outra situação é que se um idoso não pode comparecer à consulta, ela é automaticamente reagendada para o próximo horário disponível.

Foi realizada ainda a estratificação de risco cardiovascular e de morbimortalidade, juntamente com a avaliação de suas redes sociais. A avaliação

multidimensional rápida do idoso também é realizada de rotina e está no protocolo de atendimento.

Outro indicador cumprido em sua totalidade foi a solicitação de exames complementares para idosos hipertensos e/ou diabéticos, bem como a aferição da pressão arterial para todos os idosos cadastrados, uma vez que sempre é aferido de rotina na triagem, e a mesma é confirmada dentro do consultório médico ou de enfermagem em caso de dúvidas.

Realizamos o rastreamento dos idosos hipertensos ou com pressão arterial sustentada de 135x80 mmHg que para o diabetes. Para tal qualquer idoso com este níveis pressóricos tinha sua glicemia capilar aferida, bem como solicitamos a glicemia de jejum para confirmação. Houve uma parcela que não necessitou deste rastreio pois já eram diabéticos.

Infelizmente nosso município não realiza o Teste oral de tolerância a glicose nem a hemoglobina glicosilada, importantes parâmetros para diagnóstico e controle do diabetes. Além disso, todo idoso diabético tem sua glicemia capilar aferida na recepção ou dentro do consultório.

Assim foi possível fornecer a estes indivíduos cuidados completos, incluindo educação em saúde individual com orientações à prática de exercícios quando possível. Não orientamos a prática de exercícios nos casos de idosos acamados ou com alguma restrição grave cardiovascular, pois não há estrutura para monitorizar e acompanhar esses indivíduos

Quanto a orientação a alimentação saudável, esta foi realizada para todos os idosos de acordo com suas necessidades e comorbidades. A fim de atingirmos um número muito maior de pessoas, foi realizado um treinamento aos ACS para que estes possam orientar e observar o que há de certo e errado em relação a alimentação. Também realizamos palestras no centro social do idoso com este intuito.

Foram realizadas visitas domiciliares a 23 idosos, e alcançamos assim a estimativa de idosos acamados ou com restrição de movimentos. As visitas são realizadas com médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. O único que não realizou visitas conosco é o odontólogo e a auxiliar de consultório dentário, o que deixa estes indivíduos descobertos quanto a avaliação odontológica de risco. Apesar disso temos como rotina orientar a higiene bucal e cuidados com próteses.



Figura 3 – Visita domiciliar à idosa com restrição de mobilidade
Fonte: Arquivo Pessoal, 2014.

Deve-se destacar o trabalho em conjunto com o NASF, que está encarregado de ações como grupo de apoio aos cuidadores de idosos e apoio ao centro social do idoso. Houve apenas duas reuniões do Grupo de cuidadores de idosos, porém devido à baixa adesão da população não demos continuidade à atividade. O apoio ao centro social do idoso é realizado duas vezes na semana com palestras e atividades lúdicas e físicas, o que reforça o autocuidado e suas interações sociais

A equipe de ACS tem sido bastante participativa, ajudando a captar os idosos, registrando os idosos acamados no mapa da área adstrita. Toda a equipe recebeu treinamento e capacitação, tanto para acolher idosos quanto para orientar hábitos de vida saudável, aumentando a capilaridade das informações através dos ACS.



Figura 4 –Capacitação dos ACS
Fonte: Arquivo Pessoal, 2014.

3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente, dificuldades e facilidades

Dentre as metas que não puderam ser cumpridas se encontram as metas referentes à saúde bucal. Isto se deve ao fato do dentista ter ficado um mês de férias, bem como passamos quase dois meses sem água e sem luvas, o que impossibilitou inclusive a simples avaliação de risco bucal.

Outra dificuldade é a ausência de caneta odontológica na unidade. Esta está quebrada há oito meses, sem conserto e sem previsão de comprar uma nova. Este fato impede que os idosos recebam tratamento completo. Portanto, atualmente apenas treze idosos realizaram a primeira consulta odontológica, e nesta apenas foram avaliados.

Até o momento só foi realizada uma ação coletiva de saúde bucal, isto se deve ao fato de o odontólogo ter realizado apenas uma palestra de saúde bucal voltada para idosos na UBS. Apesar disso sempre buscamos realizar orientações coletivas de saúde bucal durante as ações de promoção de saúde.

É importante frisar que o mesmo não cumpre a carga horaria de 40 horas semanais, pois divide os horários com a outra odontóloga de outra equipe pois existe apenas um consultório odontológico para todo o município. Há uma grande demanda, não só de idosos, mas da população em geral, o que dificulta ainda mais o retorno dos mesmos.

Outra dificuldade que tivemos foi a caderneta do idoso, que apesar de ter sido

solicitada desde o início para a gestão local não foi disponibilizada. Então desenvolvi uma versão compacta e custeei com recursos próprios a impressão. Os ACS foram responsáveis por entregar a caderneta, bem como desenvolver o genograma individual, o qual era monitorado no consultório e corrigido se necessário.

Ações coletivas de saúde em geral também ficaram impossibilitadas de serem realizadas devido a termos ficado dois meses sem enfermeira na equipe, bem como o fato de estarmos atendendo duas áreas pois o médico da área urbana II saiu do município por falta de pagamento. Isto diminui a cobertura como um todo da área em que estou lotada, apesar de estar atendendo um excesso de contingente.

A própria coordenação do posto solicita que eu atenda, e não me permite realizar atividades coletivas para que não fique um turno sem atendimento médico. A despeito disto realizamos uma reunião com líderes comunitários dos bairros Pedreiras e Livramento, e esta foi bastante produtiva pois ouvimos quais as necessidades e o que eles acham importante que abordemos com os idosos. Por dificuldades logísticas e conflitos de horários não conseguimos agendar as outras duas reuniões previstas no cronograma

Portanto, para que possamos fazer da educação em saúde uma realidade é necessário mudar a mentalidade da população local e inclusive dos profissionais da UBS. Mesmo assim, só teremos esta possibilidade após a chegada de um novo médico para desafogar esta demanda.



Figura 5 – Orientações a idosos no centro social do idoso
Fonte: Arquivo Pessoal, 2014.

Quanto ao monitoramento dos materiais de consumo e medicamentos, infelizmente estamos totalmente desabastecidos. Apesar da coordenadora da UBS realizar listas de solicitação, a secretaria não disponibiliza por falta de fundos.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados

No quesito da análise dos dados houve dificuldade com o preenchimento correto das informações, uma vez que muitas células possuem informação dúbia, e podem trazer vieses para a análise de dados. Houve alguns erros quanto aos cálculos de indicadores, e gráficos automaticamente gerados, porém estes foram corrigidos conjuntamente com a coordenação pedagógica.

3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade

Por fim observo que a intervenção, apesar dos percalços, foi um sucesso. Conseguimos estabelecer um turno exclusivo para atendimento programado de idosos, o reagendamento e a busca ativa, bem como garantimos a integralidade e longitudinalidade com a distribuição da caderneta do idoso. Temos uma grande multidisciplinaridade graças à ativa equipe do NASF e estamos levando mais conhecimento para a equipe e para a população.

Creio que o programa saúde do idoso será continuado após minha saída do município, bem como as ações no centro do idoso. Infelizmente o grupo de apoio ao cuidador do idoso não teve tanta adesão por parte dos comunitário, muitos alegavam que não tinham com quem deixar os idosos e outros preferiam psicoterapia individual. Portanto esta atividade foi descontinuada.

A intervenção também foi um fator transformador para mim como profissional, pois me possibilitou ver o médico não somente como um mero atendente, mas como um ator nas transformações sociais, Bem como deve-se comprometer com a comunidade e planejar junto com ela a ações em prol da mesma. Podemos dizer que despertamos as pessoas para o futuro, observando o presente e assim buscando a senilidade com qualidade.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Na área da UBS Domingas Rolim Mourão residem 154 idosos, porém não havia acompanhamento da saúde do idoso. Os idosos estavam apenas cadastrados na UBS, e somente aqueles com doenças crônicas eram acompanhados. Desde que iniciamos a intervenção realizamos o cadastramento de 103 idosos no programa Saúde do Idoso na UBS, garantindo a estes avaliação clínica e orientações de saúde. Houve óbito de apenas uma idosa durante o período.

Objetivo: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso e da cobertura da atenção à saúde bucal do idoso.

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Apesar de termos fixado nossa meta na cobertura para 85%, conseguimos alcançar, ao final da intervenção, cerca de 66,9%. Os ACS orientavam idosos a comparecerem na UBS, bem como realizavam agendamentos. De forma organizada agendamos em torno de doze indivíduos por semana, e realizamos duas visitas domiciliares a idosos acamados ou com dificuldades de locomoção.

Um dos fatores que reduziram as chances de que atingíssemos o objetivo foi a sobrecarga de atendimentos durante o período, devido a desfalque profissional em outra equipe, bem como a grande taxa de migração de idosos entre a cidade e as comunidades ribeirinhas e a falta de comprometimento de alguns agentes

comunitários de saúde para com a intervenção. No primeiro mês conseguimos cadastrar 37 idosos (24%), no segundo 34 idosos totalizando 71 (46,1%) e ao terceiro mês apenas 32 idosos, completando os 66,9%.

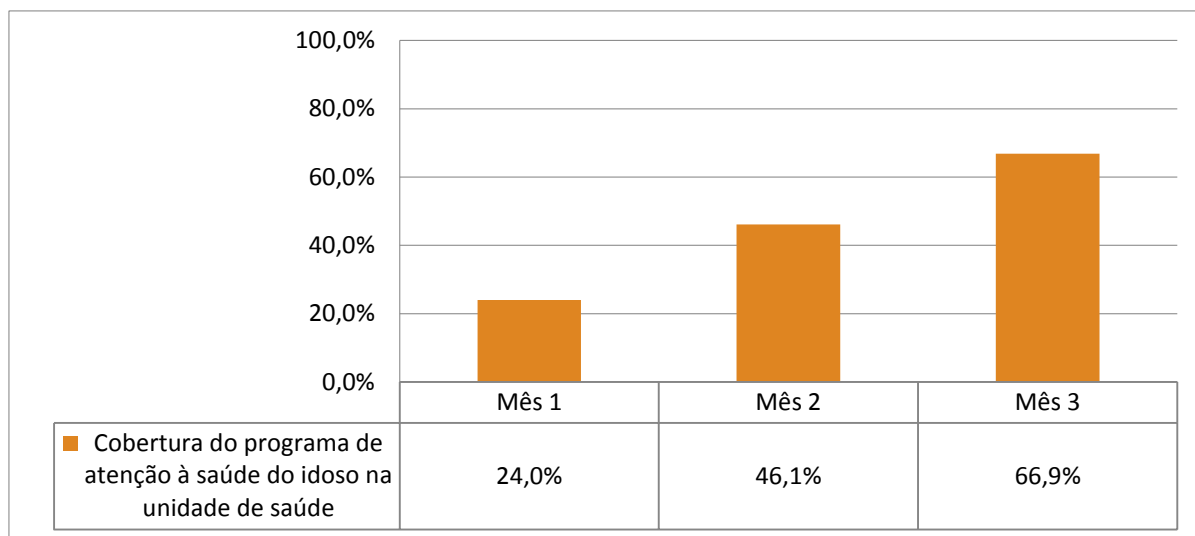


Gráfico 1 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso e da cobertura da atenção à saúde bucal do idoso.

Meta: Realizar a primeira consulta odontológica a 50% dos idosos.

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

Em relação ao indicador Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde tivemos um resultado inferior. No primeiro mês não houve consulta odontológica, no segundo mês conseguimos agendar 13 idosos para consulta (8,4%) e ao final conseguimos que cerca de 35 (22,7%) idosos fossem avaliados pelo dentista. As ações em saúde bucal foram as mais prejudicadas, pois ao início da intervenção o dentista estava de férias, então não houve atendimentos. Passamos ainda quase dois meses sem água e sem luvas, o que impossibilitou inclusive a simples avaliação de risco bucal.

Outro fator agravante é fato de que o mesmo não cumpre a carga horária de 40 horas semanais, pois divide os horários com outra odontóloga de outra equipe uma vez que existe apenas um consultório odontológico para todo o município. Há uma

grande demanda, não só de idosos, mas da população em geral, o que dificulta ainda mais o retorno dos mesmos.

Apesar disso solicitamos que no turno de atendimento ao idoso, o mesmo fosse ao dentista para ser avaliado e também para receber orientações em saúde bucal. Assim, a despeito dos empecilhos, conseguimos oferecer este serviço à população, despertando seu interesse em realizar esses cuidados.

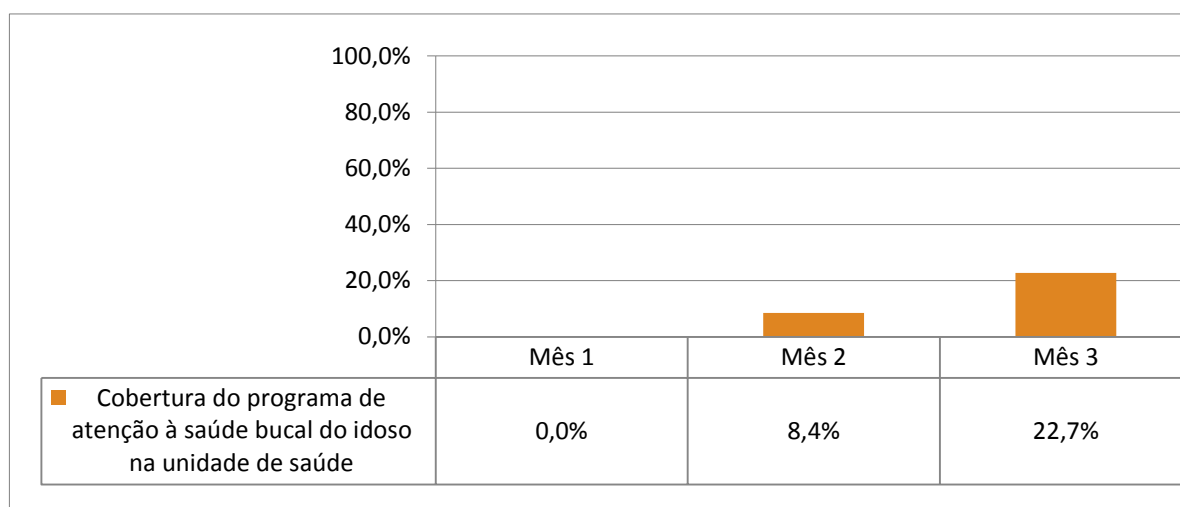


Gráfico 2 - Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

O indicador da realização da Avaliação Multidimensional Rápida pode ser realizado a contento, desde o primeiro mês atingimos 100% (37) de idosos avaliados, no segundo mês mais 34 foram avaliados, computando 71 indivíduos (100%) e por fim no terceiro mês conseguimos que todos os 103 idosos cadastrados fossem avaliados (100%). Um fator que possibilitou isto foi ter instituído a mesma como

protocolo no atendimento de todos os idosos, bem como foi registrada na ficha espelho do usuário, garantindo o acompanhamento contínuo do idoso.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

Meta: 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: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Esta meta também foi cumprida de forma satisfatória, no primeiro mês avaliamos 34 (91,9%) idosos adequadamente, no segundo mês 67 (94,4%) e ao final um total de 98 idosos foram avaliados (95,1%). Para tal utilizamos um algoritmo baseado na literatura do ministério da saúde com o objetivo de padronizar o atendimento e garantir que nenhum ponto importante fosse ignorado.

Apesar disso, não foi possível alcançar 100% da meta pois em casos de idosos acamados ou com restrições importante de movimentação a avaliação era realizada em âmbito domiciliar, o que por muitas vezes não provinha estrutura suficiente para realizar algumas manobras semiológicas.

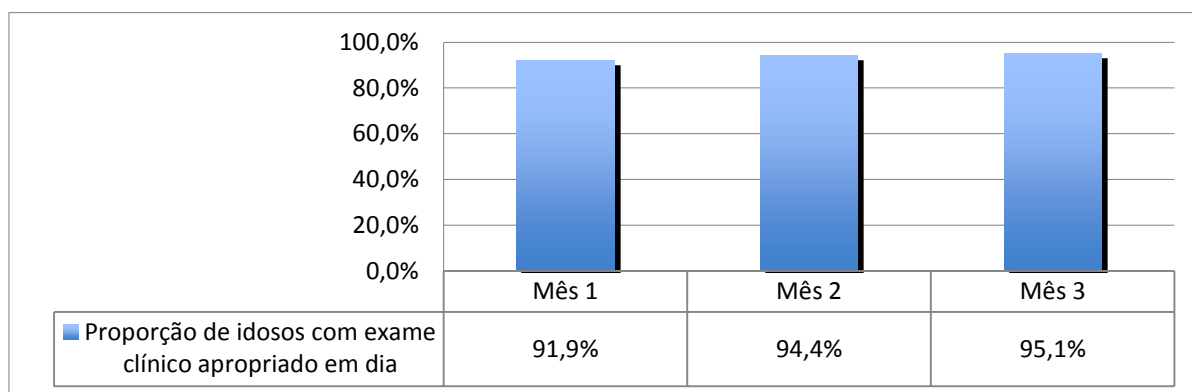


Gráfico 3 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Quanto à solicitação de exames complementares periódicos em dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, esta meta foi cumprida integralmente desde o primeiro mês, e obtivemos um total de 58 (100%) usuários com estas comorbidades para os quais foram solicitados exames complementares. O processo de solicitação de exames periódicos para estes faz parte do algoritmo de atendimento.

Apesar disto, uma parte importante dos exames laboratoriais não está disponível na cidade, o que afeta inclusive a classificação de risco cardiovascular pelos critérios de Framingham. Outro exame complementar importante e básico ao qual não tivemos acesso foi a radiografia de tórax. Assim muitos usuários tiveram de recorrer ao uso de recursos próprios para conseguir realizar os exames solicitados.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Quanto à priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular também obtivemos índices satisfatórios, haja vista que 94 (91,3%) usuários se beneficiaram com a prescrição dos mesmos, que apesar de não estar disponível na cidade, pode ser adquirido na cidade polo regional, Itacoatiara – AM. Apenas no caso de nove idosos isto não pode ocorrer pois utilizam alguma medicação específica prescrita por médico especialista.

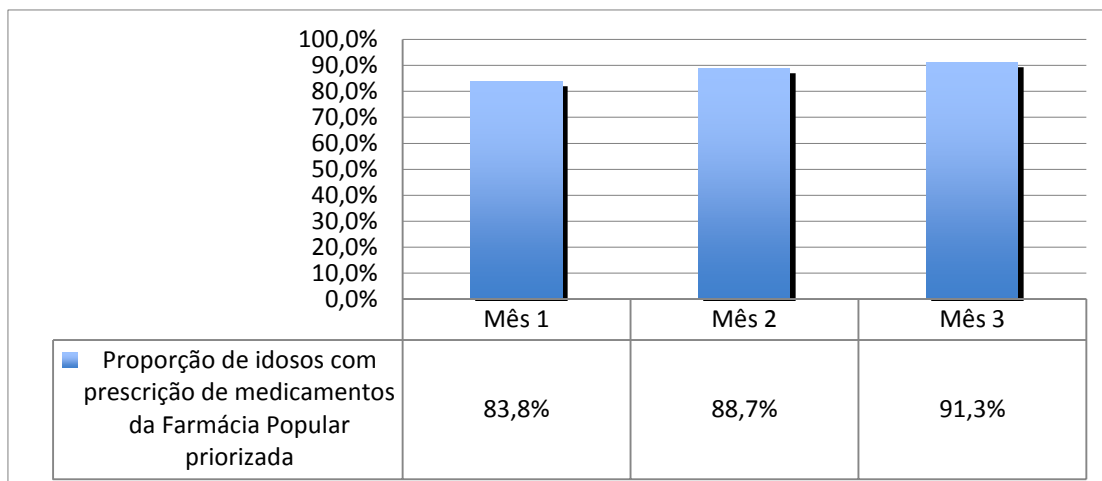


Gráfico 4 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Houve êxito ao se cadastrar um total de 23 idosos (100%) acamados ou com restrição de locomoção. Para tal priorizamos realizar visitas domiciliares aos mesmos, bem como esses foram assinalados no mapa da área adstrita, permitindo uma visualização automática destes e um acompanhamento mais incisivo. Foi de fundamental importância o trabalho dos ACS para isso pois conhecem a área e foram sensíveis a esta necessidade.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Por outro lado as visitas domiciliares foram realizadas a 22 idosos (95,7%), pois um idoso, apesar da dificuldade de locomoção foi avaliado na UBS. Assim conseguimos um grande avanço nesta questão, garantindo o princípio da equidade nos atendimentos.

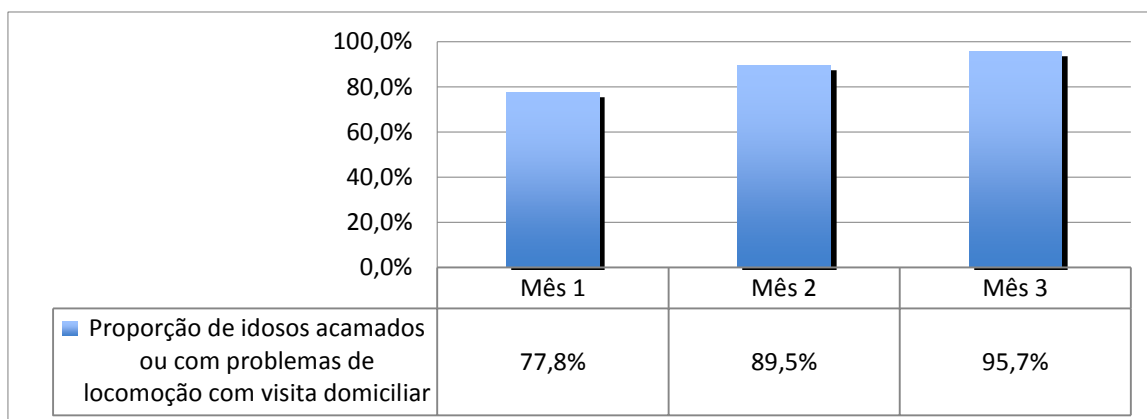


Gráfico 5 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

O rastreamento de idosos para hipertensão arterial sistêmica foi cumprido em sua totalidade. Isso se deve ao fato que todos os usuários têm a pressão arterial aferida antes de qualquer atendimento. O mesmo procedimento é realizado durante as visitas domiciliares. Portanto todos os 103 idosos (100%) tiveram verificação realizada de forma satisfatória. No entanto isso não incorreu em novos diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

O rastreamento de idosos hipertensos rastreados para diabetes foi realizado satisfatoriamente. Dos 50 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial, 46 (92%) foram rastreados. Apenas quatro idosos não foram rastreados pois já possuíam diagnóstico prévio de diabetes mellitus.

A ação que nos ajudou a identificar esses indivíduos foi a realização da aferição da glicemia capilar para todos os hipertensos, bem como a solicitação da glicemia de jejum como exame de rotina para todos os idosos. Assim fomos além e conseguimos diagnosticar dois casos de diabetes em idosos considerados sem comorbidades.

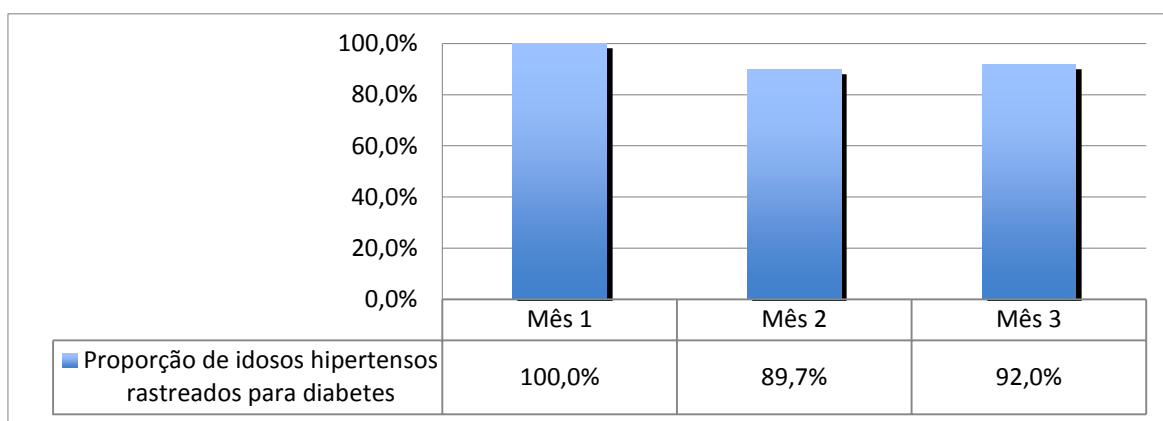


Gráfico 6 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Todos os indivíduos ao serem examinados clinicamente com a médica ou com a enfermeira tiveram a cavidade oral avaliada, bem como identificamos a necessidade de atendimento odontológico em 100% deles. Infelizmente apresentavam dentes em mau estado de conservação, perda de elementos dentários, próteses antigas e desajustadas.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

Meta: Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Em contrapartida não foi possível concluir o tratamento odontológico de nenhum indivíduo. Isto se deve ao fato da UBS estar desabastecida de materiais de consumo, bem como não possuímos caneta odontológica em funcionamento. Portanto os idosos foram apenas avaliados, sem que houvesse realização de tratamento.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Quanto a avaliação das alterações de mucosa bucal foi possível realizá-la satisfatoriamente em todos idosos que receberam a primeira consulta. Este fato foi possível pois além de ser avaliado durante as consultas médicas, o idoso foi avaliado pelo odontólogo. Isto possibilitou muito mais atenção a este quesito, e assim identificamos dois idosos usuários de próteses com lesões leucoplásicas em mucosa jugal.

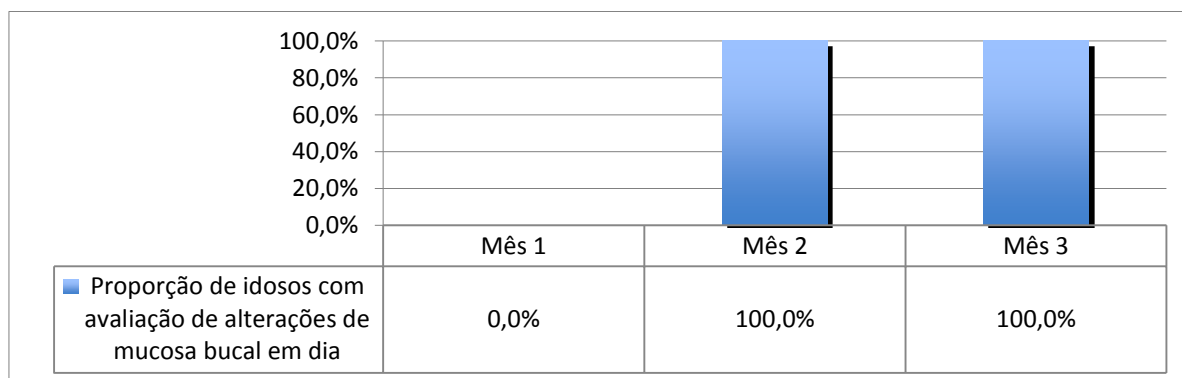


Gráfico 7 - Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso e da saúde bucal do idoso na Unidade de Saúde.

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

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

A necessidade de prótese dentária é uma constante nos idosos do município. Percebe-se que todos os idosos, devido a de higiene bucal deficiente, possuem perda de grande parte dos elementos dentários. Portanto esta avaliação foi facilitada devido a esta necessidade ser óbvia. Quanto ao terceiro mês dois idosos já estavam em uso de prótese recente, adquiridas por meios próprios em serviço particular.

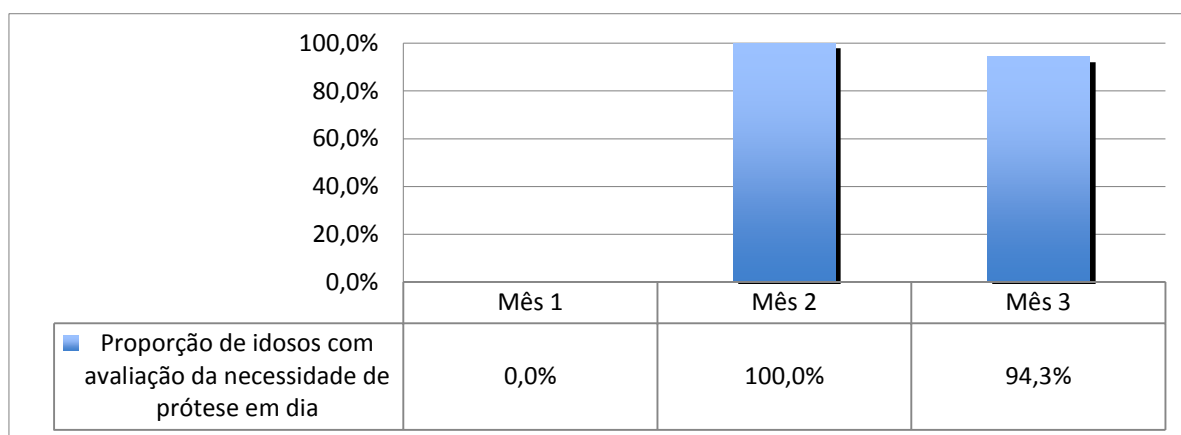


Gráfico 8 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

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

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

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

O agendamento organizado nos permitiu baixos índices de falta, bem como propiciou 100% de busca ativa aos faltosos. Tivemos dois idosos faltosos no primeiro mês, um no segundo e dois no terceiro, totalizando 5 idosos faltosos. Todos foram registrados no livro de busca ativa através dos ACS, e tiveram consultas reagendadas na mesma semana ou receberam visitas domiciliares.

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

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

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

Quanto a busca ativa para idosos que faltaram a primeira consulta odontológica tivemos apenas um caso, e este foi buscado e atendido na semana subsequente.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

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

Em relação ao registro específico das pessoas idosas atingimos a totalidade dos idosos cadastrados. Isto foi possível pois todos os indivíduos acima de 60 anos tiveram ficha espelho anexada no prontuário e esta foi preenchida durante atendimento clínico. Quanto aos atendimentos odontológicos todos os 35 idosos atendidos (100%) tiveram seus dados registrados em ficha espelho.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

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

Quanto a caderneta de saúde do idoso conseguimos distribuir e preencher 67 cadernetas (65%). Nossa dificuldade foi o fato de não termos acesso à caderneta disponibilizada pelo ministério da saúde, então elaboramos uma compacta que contemplasse os tópicos essenciais para acompanhamento de idosos. A mesma foi custeada com recursos próprios.

Portanto a caderneta do idoso começou a ser distribuída no final do primeiro mês de intervenção. Os ACS foram responsáveis pela distribuição e preenchimento dos dados de identificação da mesma. Já os dados clínicos foram preenchidos pela médica e pela enfermeira.

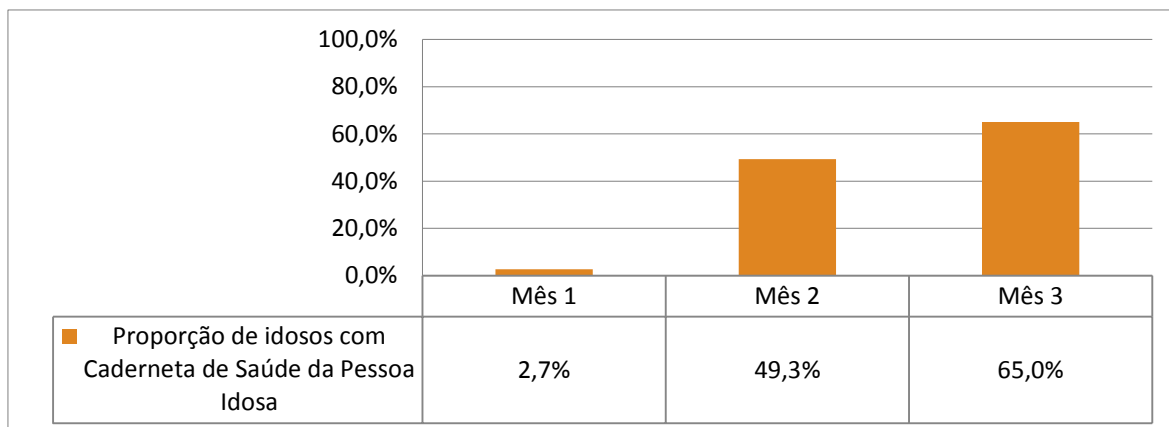


Gráfico 9- Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador: Proporção de idosos com registro na adequado.

A ficha espelho odontológica foi utilizada para todos os idosos consultados. Logo atingimos com facilidade os 100% que a meta exige. A mesma facilitou uma maior interação entre a equipe, pois possui classificação de risco descrita e assim percebemos em quais indivíduos devíamos investir mais atenção.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

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

A caderneta do idoso foi distribuída pelos ACS, portanto 100% dos idosos que realizaram primeira consulta odontológica possuem a mesma. Não houve dificuldade quanto a este quesito, além disso o odontólogo foi orientado a solicitar pela mesma durante o atendimento.

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

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

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

A estratificação para risco cardiovascular foi realizada em 98 idosos (95%) utilizando o Escore de Framingham. Não atingimos a totalidade pois não temos acesso a aferição do colesterol de baixa e de alta densidade, LDL e HDL respectivamente, o que dificultou o cálculo acurado do risco cardiovascular para alguns idosos. No entanto utilizamos critérios clínicos de Framingham para estimar o risco, e em torno de 26 idosos (25,2%) possuíam alto risco cardiovascular.

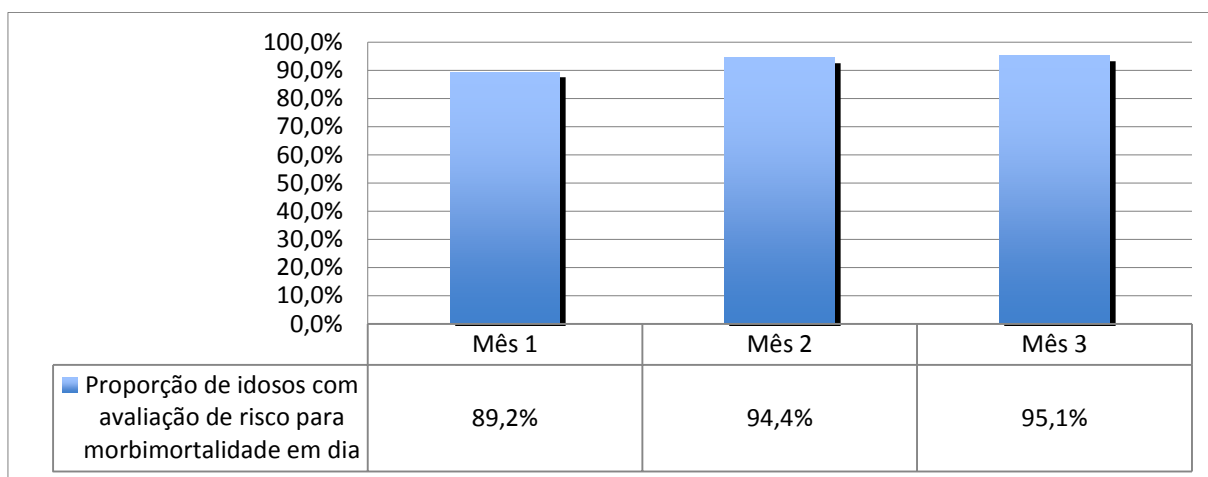


Gráfico 10 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

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

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

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

Quanto à avaliação de idosos para fragilização na velhice obtivemos um resultado bastante positivo pois 100% dos indivíduos foram avaliados para este indicador. Para tal utilizamos os preceitos descritos na cartilha do ministério da saúde, bem como coletamos informações advindas dos ACS e familiares, tais como o emagrecimento agudo do idoso ou a perda da vontade de realizar atividades previamente prazerosas.

Ao final da intervenção identificamos idosos fragilizados (15,5%), 12 eram

acamados e quatro foram assim classificados devido a perda de peso recente ou queixarem astenia e fadiga.

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

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

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

Para realizar a avaliação da rede social dos idosos utilizamos as informações coletadas pelos ACS, familiares e vizinhos dos indivíduos, bem como informações coletadas dos próprios idosos. O registro foi feito na caderneta do idoso através de genogramas, o que facilitou identificar de que forma os idosos se relacionava com seus familiares.

Conseguimos a avaliação de 100% dos idosos. Porém possuímos sete casos que necessitaram de uma intervenção mais aprofundada, nos quais acionamos a assistente social e a psicóloga, pois identificamos indícios de maus tratos ou abusos psicológicos.

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

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

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

Todos os idosos que foram consultados pelo dentista foram avaliados quanto ao risco em saúde bucal. Os mesmos foram registrados na ficha espelho. Destes apresentamos dois casos com periodontite grave com infecção de partes moles. O mesmo recebeu tratamento em conjunto com médica.

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

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

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

Realizamos a orientação nutricional a 100% dos idosos, tanto durante os atendimentos clínicos, quanto em ações de orientações coletivas. Para potencializar

realizamos o treinamento dos ACS para que em todas as visitas realizem orientações nutricionais. Em casos de idosos com comorbidades não controladas encaminhamos os mesmos para a nutricionista para um acompanhamento mais próximo.

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

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

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

Em relação à orientação sobre a prática de atividade física regular conseguimos atingir 87 idosos (84,5%) com orientações individuais. Por outro lado não orientamos indivíduos acamados ou com restrições de movimentação por não possuímos estrutura para que esses pratiquem atividade de forma assistida e segura. Orientamos também a praticarem exercícios durante ações coletivas no centro social do idoso, bem como os ACS reforçavam as orientações durante suas visitas.

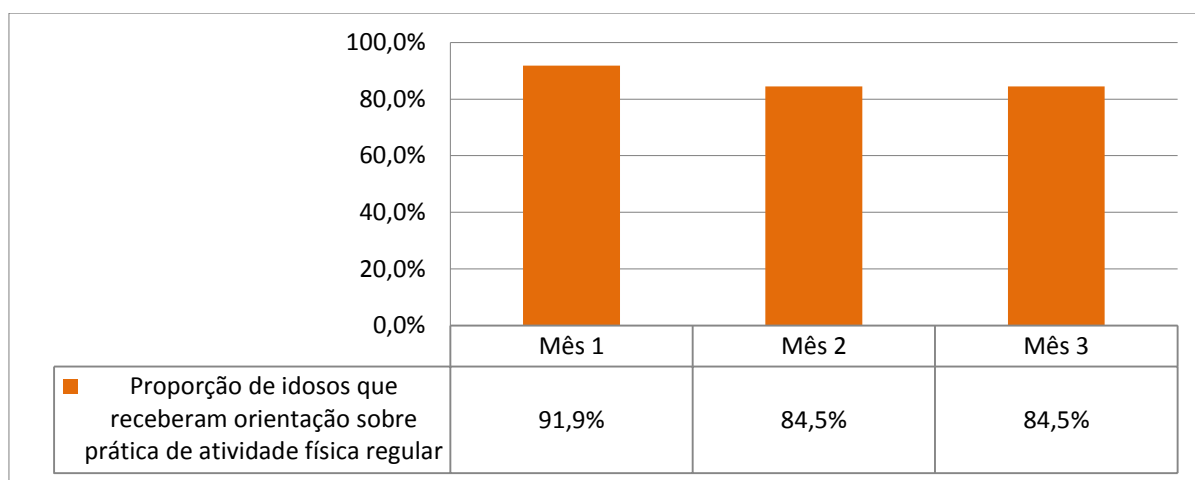


Gráfico 11- Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

Meta: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de

educação em saúde bucal.

Quanto às ações coletivas em saúde bucal conseguimos atingir avanços apesar das dificuldades. Ao todo atingimos 68 idosos (44%) com promoção em saúde bucal. Houve dificuldade em reunir grupos de idosos em um mesmo horário e lugar. Portanto nossas melhores experiências ocorreram no hall da UBS e no centro social do idoso.

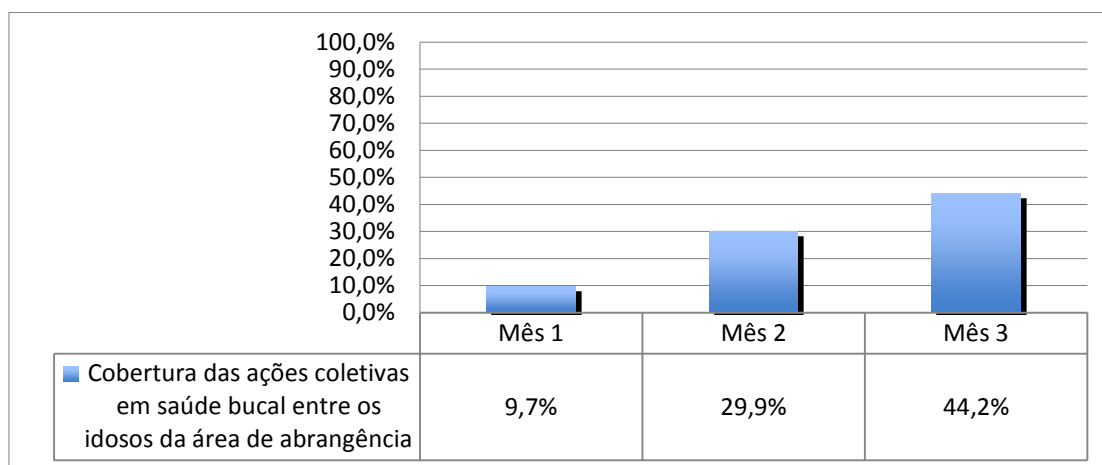


Gráfico 12 - Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

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

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

A higiene bucal foi um foco bastante importante para a equipe por termos muitos déficits nessa área, e assim orientamos 100% dos idosos quanto aos cuidados com próteses e melhorias na higiene bucal. Utilizamos macro modelos odontológicos e palestras na UBS. Durante atendimento clínico realizamos a orientação individual para reforçar a importância dos cuidados.

4.2 Discussão

A intervenção possibilitou a implementação do programa Saúde do Idoso, o que garantiu que indivíduos acima de 60 anos, independentemente da presença de

comorbidades, recebessem acompanhamento mensal, possibilitando a promoção e a prevenção em saúde voltada para este público. Este é um fato inédito, pois antes não havia nenhum turno de atendimento para este público, e os idosos só eram atendidos em casos de enfermidades agudas ou quando eram acompanhados pelo programa HiperDia.

Outra grande vantagem foi a distribuição da caderneta do idoso, esta possibilita que o idoso mantenha suas informações pessoais de saúde e possa carregá-la a qualquer lugar que for, o que garante o princípio da longitudinalidade. O prontuário passou a ter a ficha espelho geral e de saúde bucal, a qual possibilitou o registro organizado e a facilidade de recuperar informações importantes mais rapidamente.

À medida que fomos realizando a intervenção pudemos ver os desdobramentos positivos para a equipe. Pudemos nos tornar uma equipe mais coesa e que passou a utilizar pesquisa e planejamento para realizar ações. Foi perceptível a grande troca de experiências e conhecimentos e assim pudemos tomar medidas multidisciplinares, valorizando o conhecimento de cada membro da equipe, inclusive com os profissionais do NASF e da defensoria pública do município.

O serviço oferecido na UBS também sofreu transformações com a intervenção. Pudemos prover agendamentos de forma mais eficiente, levando em consideração o princípio da equidade, dando prioridade aos idosos com deficiências sociais e de alto risco cardiovascular.

Ganhamos mais organização com a elaboração do mapa da área adstrita identificando idosos acamados. Outra vantagem foi a implementação do livro de busca ativa, no qual cada ACS se responsabiliza pelo idoso que faltou, buscando-o ativamente e reagendando consulta ou visita domiciliar. Assim estimulamos o vínculo da equipe com a população gerando essa relação de corresponsabilidade.

Utilizamos a própria comunidade e seus pontos de apoio para realizar ações coletivas em saúde, organizando campanhas de promoção e prevenção em saúde. Uma das ações envolveu a igreja católica local como apoio para as reuniões do grupo

de cuidadores dos idosos, bem como tivemos participação do pároco em algumas orientações.

Apesar dos nossos esforços ainda há muito a se fazer, pois ainda há idosos sem cobertura do programa. Nossas maiores dificuldades são a respeito das distâncias geográficas de certas comunidades e o acesso difícil, muitas vezes apenas de embarcações rústicas. Outro problema é a falta de recursos que deveriam garantir medicamentos e serviços de saúde bucal para os mesmos.

Portanto se iniciássemos a intervenção novamente nos planejaríamos melhor quanto a diferentes formas de atingir essas comunidades mais isoladas, organizando ações específicas para elas como mutirão de cadastro e atendimento. A elaboração de cartilhas de saúde com enfoque para os costumes e linguagens locais também facilitaria a educação em saúde e seria um material de referência para os mesmos quanto aos cuidados em saúde.

Ao final observamos que o programa Saúde do Idoso foi implantado satisfatoriamente, e podemos afirmar com segurança que os turnos de atendimento, as visitas domiciliares, os avanços organizacionais no serviço e as ações educativas em saúde permanecerão a despeito do término da intervenção. Planejamos manter contato direto com a comunidade e realizar pequenas reuniões semanais com os usuários em diferentes bairros, e assim estimular a troca de conhecimentos para as próximas atividades.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

A intervenção com foco na saúde dos idosos iniciou na primeira semana de Setembro e foi concluída em Novembro, durou doze semanas ininterruptas. Conseguimos cadastrar 103 idosos, o que resulta em 66,9% de cobertura até o momento. Todos os idosos são cadastrados em livro próprio, no qual consta se são acamados, se têm alto risco cardiovascular, quando será sua próxima consulta, entre outros dados que nos ajudam a ter maior controle sobre quem necessita mais.

Um fator que dificultou o cadastro dos idosos é a alta taxa de migração no município. É muito comum ainda que idosos provenientes de comunidades ribeirinhas, áreas sem cobertura médica ou mesmo do programa de Agente Comunitários de

Saúde não sejam acompanhados, e esta tem sido nossa maior dificuldade, pois acabamos por não formar vínculo com esses indivíduos e piora a adesão ao acompanhamento da equipe, dificultando o sucesso da abordagem terapêutica e a implementação de ações preventivas. Portanto é necessário haver uma melhor distribuição e expansão dos agentes comunitários, assim melhoramos todos os nossos índices ofertando melhor cobertura e orientações.

Avaliamos clinicamente 93,8% dos idosos cadastrados. Este índice não pode ser alcançado em sua totalidade pois nos atendimentos durante as visitas domiciliares não há estrutura mínima para realizar exame físico completo, como no caso de idosos acamados que apenas possuem rede e isto dificulta, por exemplo, a avaliação do abdome.

Foram realizadas visitas domiciliares a 23 idosos, e alcançamos assim a estimativa de idosos acamados ou com restrição de movimentos, todos cadastrados. Seria interessante oferecer transporte para a equipe realizar visitas domiciliares e uma maca compacta, até mesmo para realizar alguma remoção caso necessário.

Por outro lado, a avaliação clínica também foi comprometida pela falta de materiais de consumo, como luvas e máscara, ocasionado pelas dificuldades orçamentárias. Um controle mais eficiente, através de planilhas e checagens mensais, de materiais de consumo evitaria isto e redirecionaria nossos gastos para apenas o material necessário.

Realizamos ainda busca ativa para todos idosos faltosos, estratificação de risco cardiovascular e de morbimortalidade para cerca de 92,9% dos indivíduos cadastrados, juntamente com a avaliação de suas redes sociais. Isto significa que se um idoso tem mais chances de morrer por causas cardiovasculares, como infarto ou derrame, ele se torna prioridade no atendimento.

Quanto às redes sociais, avaliamos de que forma o idoso se relaciona com familiares e/ou cuidadores, e caso seja encontrada alguma deficiência ou maus tratos, tomamos as providências juntamente com o serviço social. Necessitamos realizar campanhas a respeito dos maus tratos ao idoso e suas consequências legais, pois verificamos que este eventualmente ocorre no nosso município sem a devida

investigação.

Outro indicador cumprido em sua totalidade foi a solicitação de exames complementares para idosos hipertensos e/ou diabéticos, bem como a aferição da pressão arterial para 100% dos idosos cadastrados, uma vez que sempre é aferido de rotina na triagem, e a mesma é confirmada dentro do consultório médico ou de enfermagem em caso de dúvidas. No entanto necessitamos de um laboratório municipal para abarcar a demanda da rede básica, bem como necessitamos de mais exames, tais quais lipidograma e radiografias, essenciais para que evitemos remoção desnecessária para a cidade-polo de saúde.

Quanto a educação em saúde oferecemos orientações à prática de exercícios bem como a orientação a alimentação saudável, esta foi realizada para todos os idosos de acordo com suas necessidades e doenças subjacentes. Ainda assim, o município deveria investir mais na educação em saúde reservando um turno semanal apenas para esta atividade, realizando um rodízio de bairros, promoveríamos a prevenção e promoção de saúde, ainda tão subvalorizada pelos usuários, pois desconhecem seu impacto.

Dentre as metas que não puderam ser cumpridas se encontram as metas referentes à saúde bucal. Isto se deve ao fato do dentista ter ficado um mês de férias, bem como passamos quase dois meses sem água e sem luvas, o que impossibilitou inclusive a simples avaliação de risco bucal.

Outra dificuldade é a ausência de caneta odontológica na unidade. Esta está quebrada há oito meses, sem conserto e sem previsão de comprar uma nova. Este fato impede que os idosos recebam tratamento completo. Assim seria importante consertar esta e adquirir novas canetas, afim de evitar que o serviço seja paralisado se houver dano à alguma caneta.

O fato de termos somente um consultório odontológico em funcionamento em todo o município restringe os horários de atendimento. Há uma grande demanda, não

só de idosos, mas da população em geral, o que dificulta ainda mais o retorno dos mesmos. Creio que este empecilho está sendo sanado com a reforma da UBS Gerson Kettle, assim desafogaremos os atendimentos e contemplaremos muito mais pessoas com atendimento odontológico.

Por fim observo que a intervenção, apesar dos percalços, foi um sucesso. Conseguimos estabelecer um turno exclusivo para atendimento programado de idosos, o reagendamento e a busca ativa, bem como garantimos a integralidade e longitudinalidade com a distribuição da caderneta do idoso. Temos uma grande multidisciplinaridade graças à ativa equipe do NASF e estamos levando mais conhecimento para a equipe e para a população.

Creio que o programa saúde do idoso será continuado após minha saída do município, bem como as ações no centro do idoso. Devemos manter o diálogo entre a equipe de saúde e o gestor, bem como estimular a participação social no conselho local de saúde, pois somente unindo força venceremos nossos obstáculos.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Iniciei as atividades como médica no município de Urucurituba em Fevereiro de 2014 através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Como parte deste, desenvolvi juntamente com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), um projeto de intervenção que busca melhorar a qualidade do serviço de saúde à população. Iniciamos a intervenção na primeira semana de Setembro e foi concluída em Novembro, durou doze semanas.

Escolhemos melhorar a saúde do idoso, pois possuímos na nossa área cerca de 154 idosos, a maioria deles sem acompanhamento na UBS. Anteriormente somente os idosos com alguma doença eram acompanhados, hoje após nossa intervenção, atendemos 103 idosos, independentemente da presença doença ou não. Criamos um turno de atendimento exclusivo para pessoas acima de 60 anos. Toda terça-feira à tarde é o dia do idoso. Além disso, duas vagas de visitas domiciliares são destinadas a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Assim conseguimos avaliar essas pessoas, solicitamos exames laboratoriais

de rotina, e oferecemos a elas orientações de saúde, para que possam evitar o adoecimento e melhorar a qualidade de vida. Orientamos quanto à alimentação e a prática de exercícios físicos, e ainda quanto a melhor forma de escovar os dentes e cuidados com a dentadura.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi muito importante para que pudéssemos agendar o atendimento de todos esses idosos. Além de levar orientações e realizar agendamentos, eles foram responsáveis pela distribuição da caderneta do idoso.

A caderneta é um importante instrumento para manter o acompanhamento do idoso onde quer que ele vá, pois nela contém as informações sobre quais medicamentos toma, o peso, a pressão arterial, como anda o controle o açúcar no sangue entre outros dados importantes.

Realizamos também ações educativas no centro social do idoso, e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família foram essenciais para que isso acontecesse. Todas as semanas a psicóloga, a nutricionista, a assistente social e a fisioterapeuta ofereciam uma palestra com um tema diferente. Além do mais o educador físico local realizava aulas de ginástica adequada para os idosos cerca de duas vezes na semana.

Outra importante mudança é que passamos a avaliar não somente o idoso, mas também seu lado emocional e a forma como ele se relaciona com familiares e cuidadores. Isso é muito importante para identificar problemas familiares e inclusive casos de maus tratos. Iniciamos também um grupo de cuidadores de idosos, mas houve poucos participantes e não pudemos dar continuidade a esta atividade.

Melhoramos também a organização do serviço oferecido na UBS, com consultas agendadas e busca ativa em casos de idosos faltosos. A busca ativa é essencial para garantir que todos sejam atendidos, pois se o idoso faltou o motivo deve ser investigado e uma nova consulta será marcada.

Apesar dos nossos esforços, também tivemos muitas dificuldades, uma delas

foi quanto à saúde bucal. Infelizmente no nosso município só temos um consultório odontológico funcionando, e não temos todos os materiais para um tratamento completo. Outra grande dificuldade são a falta de medicamentos básicos e de exames complementares.

Por fim, agradeço a todos que tornaram esse projeto possível, e sem dúvidas esses avanços continuarão após minha saída do município. Para isso é importante que todos os usuários participem desse processo, indo para as palestras, não faltando às consultas e incentivando seu familiar idoso ir à consulta mesmo sem estar “sentindo nada”.

Outra forma de contribuir é deixando sua opinião a respeito do serviço oferecido. Dispomos na unidade fichas de avaliação nas quais você pode expressar o que pensa e deixar sugestões de ações a serem realizadas. Sinta-se livre para conversar abertamente com os nossos profissionais, expondo situações que necessitam de atenção, bem como auxiliar a cobrança por melhorias junto à gestão. Você mais que ninguém conhece as necessidades de sua comunidade e somente assim, caminhando juntos, conseguiremos superar dificuldades e corresponder ao que a comunidade realmente precisa.

5. REFLEXÃO CRÍTICA

No decorrer do curso pude adquirir novos conhecimentos clínicos e de saúde comunitária. Todas as minhas expectativas iniciais foram supridas e fui surpreendida em quanto o curso me ajudou no meu crescimento pessoal e profissional.

Desenvolver as atividades no município de Urucurituba, um município que eu já conhecia, foi uma grande realização. Pude conhecer melhor a população, saber suas necessidades e recursos, e assim desenvolvi um trabalho baseado na mesma. Além disso, pude criar laços com os profissionais da equipe da UBS e do NASF, o que tornou toda a intervenção participativa e prazerosa.

Um grande diferencial que o curso proporcionou foi o aperfeiçoamento da prática clínica através dos fóruns de clínica, nos quais podemos postar nossas dúvidas e colaborar com outros colegas. Assim estamos sempre em contato com situações diferentes, e isso me levou a um exercício de sempre buscar novos diagnósticos diferenciais ou ainda uma solução nova para um velho problema.

A plataforma Kurt Kloetzel com os casos clínicos interativos me possibilitaram revisar os tópicos mais importantes da medicina e da prática clínica, sempre de forma intuitiva e nos possibilitando comparar com o que há escrito na literatura científica fazendo assim o ajuste fino das condutas que tomamos.

Os testes de qualificação cognitiva também foram essenciais, inclusive na

preparação para as provas de residência médica. Além disso os estudos da prática clínica, revisões sobre os temas que erramos, nos possibilitou fazer um estudo mais aprofundado e sanar deficiências de aprendizado.

Devido às deficiências de profissionais na cidade pude aprender ainda mais, pois realizei atendimentos de rotina e atendimentos de urgência e emergência. No entanto toda esta experiência me possibilitou ver o médico não somente como um mero atendente, mas como um ator nas transformações sociais.

Atualmente valorizo muito mais as ações coletivas de educação em saúde, pois pude ver o impacto das mesmas no dia a dia. Usuários bem informados são mais aderentes à terapêutica e mais comprometidos com as orientações fornecidas. Outro importante aprendizado foi respeitar os conhecimentos dos comunitários, pois aqui é muito comum o uso de medicamentos caseiros e à base de chás, e para muitos o alívio vem com o estes.

Por fim destaco que os conhecimentos adquiridos em saúde comunitária foram importantes para que todas as ações fossem um sucesso, tais quais engajamento público e controle social. Motivar a equipe e a população para trabalhar conjuntamente é um desafio, porém hoje me sinto apta a vencê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.

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. Lei No 10.741, De 1º De Outubro De 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. DOU 3.10.2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2773>> Acesso em 19/02/2015 às 16h.

COLUSSI, Claudia Flemming; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1313-1320, set-out, 2002

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. **Saúde pública e envelhecimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, May 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/06/2014 às 15h.

RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

TRENTINI, Clarissa Marcell. **Qualidade de vida em idosos**. 2004. 224 f. Tese (doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VERAS, Renato. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai-jun, 2003.

ANEXOS

FICHA ESPELHO 1/2



PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO FICHA ESPELHO

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

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

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

FICHA ESPELHO 2/2

FICHA ESPELHO SAÚDE BUCAL 1/2



SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de ingresso no programa: ___/___/___ Número do prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Classificação de risco de cárie

Baixo risco			Risco moderado			Alto risco			
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie, com presença de placa	F: presença de dor e/ou abscesso
Data	Presença de placa	Presença de gengivite	Presença de mancha branca	História de tratamento	Cavidades inativas	Cavidades ativas	Dor ou abscesso	Código de risco	Classificação de risco de cárie

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco		Risco moderado		Alto risco				
0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com supra gengival	6: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade reversível ou perda de função	8: Elemento com mobilidade irreversível e perda de função			
Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 26)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal

FICHA ESPELHO SAÚDE BUCAL 1/2

Classificação de risco das alterações de mucosas

Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
0: Tecidos normais	1: Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2	2: Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Avaliação de risco odontológico

Data									
Risco de cárie dentária									
Risco de doença periodontal									
Risco de alteração de mucosa									
Condições das próteses									
Capacidade de auto-cuidado da saúde bucal									
Fatores intervenientes na consulta odontológica									
Necessidade de tratamento									
Necessidade de atendimento domiciliar em saúde bucal									

Avaliação clínica odontológica

Data									
Primeira consulta odontológica programática									
Número estimado de consultas odontológicas									
Alteração de mucosa oral (tipo)									
Encaminhado para CEO (especialidades)									
Necessidade de confecção de prótese									
Tratamento concluído									
Data prevista para Retorno									

Monitoramento de atividades Educativas Individuais

Data									
Higiene Bucal									
Cuidados e uso de prótese									
Orientações nutricionais									
Outras Quais?									
Outras Quais?									

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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



APÊNDICES

