

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Isaías Domingos de Queiroz
“Posto de saúde de Tanquinhos”, Lucrécia/RN**

Antonio Paulino Neto

Pelotas, 2015

Antonio Paulino Neto

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Isaías Domingos de Queiroz
“Posto de saúde de Tanquinhos”, Lucrécia/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana Da Rocha

Pelotas, 2015

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

P328m Paulino Neto, Antonio

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Isaías Domingos de Queiroz "posto de Saúde de Tanquinhos", Lucrecia/RN / Antonio Paulino Neto; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 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. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a todos que contribuíram diretamente ou indiretamente com a implantação e sucesso dessa intervenção.

Resumo

PAULINO NETO, Antônio. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Isaías Domingos de Queiroz “Posto de saúde de Tanquinhos”, Lucrécia/RN**. 2015. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas é responsabilidade das Equipes de Saúde da Família enquanto porta de entrada da Atenção Primária à Saúde. A presente intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Isaías Domingos de Queiroz, “Posto de saúde de Tanquinhos”, em Lucrécia/RN. Foram planejadas ações de cobertura, qualidade, adesão, registro e promoção da saúde; envolvendo os quatro eixos temáticos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para coleta dos dados foram utilizadas as Fichas-espelho e planilha eletrônica no Excel® ofertadas pelo próprio curso de especialização em Saúde da Família da UFPel e elaboração/descrição dos resultados através dos indicadores presentes na planilha. A intervenção foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel. A intervenção foi executada durante quatro meses, atingindo os 128 idosos residentes na área de abrangência da unidade. Como resultados ao final da intervenção a meta de cobertura foi alcançada em 100%, sendo 128 idosos cadastrados; também conseguimos atingir 100% das metas para os seguintes indicadores/proporções: idosos com avaliação multidimensional rápida em dia; idosos com exame clínico apropriado em dia; idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia; prescrições de medicamentos priorizados à farmácia popular; idosos com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visitas domiciliares; idosos hipertensos foram rastreados para o diabetes mellitus; buscas-ativas necessárias para os idosos faltosos às consultas programáticas; os registros foram realizados; idosos que receberam a caderneta de idoso; idosos que receberam orientações sobre alimentação saudável; orientações sobre a prática regular de exercícios físicos; avaliação sobre o estado de saúde bucal. Após a realização da intervenção, conclui-se que os indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro e promoção da saúde foram melhorados e as ações foram incorporadas à rotina da UBS/ESF.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Atenção à saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Rede social.

Lista de figuras

Figura 1	Foto da UBS Isaías Domingos de Queiroz - Frente.	12
Figura 2	UBS Isaías Domingos de Queiroz– Entrada	13
Figura 3	Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz. Arquivo e local para guardar materiais de limpeza.	16
Figura 4	Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz Consultório médico – vista 1 – maca/ birô médico.	17
Figura 5	Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz Consultório médico – vista 3 – cadeira do dentista (consultório compartilhado).	18
Figura 6	Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz – Acolhimento.	24
Figura 7	Tabela dos denominadores do município de Lucrécia/RN.	25
Figura 8	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	65
Figura 9	Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	66
Figura 10	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	67
Figura 11	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada dos idosos na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	68
Figura 12	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	69
Figura 13	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	70
Figura 14	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	72
Figura 15	Proporção de idoso faltosos às consultas programadas que receberam busca ativa na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	72
Figura 16	Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	73
Figura 17	Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	74
Figura 18	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz em Lucrécia/RN.	75
Figura 19	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à distância
ECG	Eletrocardiograma
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	“Mini Mental State Exam” (Mini exame de estado mental)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	33
2 Análise Estratégica	35
2.1. Justificativa.....	35
2.2 Objetivos e metas.....	37
2.2.1 Objetivo geral.....	37
2.2.2 Objetivos específicos e metas	37
2.3 Metodologia.....	38
2.3.1 Detalhamento das ações	39
2.3.2 Indicadores	57
2.3.3. Logística.....	61
2.3.4 Cronograma	64
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	67
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados	69
5 Relatório da intervenção para gestores	86
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
Referências	94
Anexos	95

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Isaías Domingos de Queiroz “Posto de saúde de Tanquinhos”, Lucrécia/RN. O volume está organizado em sete unidades, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e sexta partes os relatórios para os gestores e para a comunidade respectivamente e na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de abril de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de outubro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A equipe da estratégia de saúde da família (ESF) em que atuo está alocada em cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte, chamada Lucrécia (Código Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): 240690/ Microrregião de Umarizal-RN), que conta com apenas duas equipes ESF.

Segundo o último censo do IBGE o município consta com aproximadamente quatro mil habitantes (população total do município em 2010 3633 habitantes. População estimada em 2013: 3860 habitantes), estando estes quase que igualmente distribuídos entre zona rural e urbana.

Ao chegar ao município pude perceber certa diferenciação entre a estrutura física muito boa da unidade básica de saúde (UBS) da ESF da zona urbana e a precária da (s) UBS (s) da zona rural (em que estou alocado). A UBS (Isaías Domingos de Queiroz – “Posto de saúde de Tanquinhos” – código CNES: 2407612) fica localizada bem na entrada da cidade para quem vem na estrada a partir de Umarizal-RN. Apesar de constar de zona rural, o acesso se dá por estrada pavimentada e asfaltada. A população geralmente faz o traslado ao “centro” da cidade utilizando motocicletas, ou bicicletas, ou carros ou em raros casos “a pé” ou em equinos. A estrutura da área de abrangência não conta com saneamento básico tampouco com fornecimento regular de água potável, mas existe há vários anos energia elétrica no local.

A UBS é bem pequena, contando apenas com quatro cômodos: recepção, sala de preparação/classificação de risco, arquivo¹ e consultório médico-odontológico este possuindo um banheiro o único da unidade (pouco utilizado dada

¹ O arquivo é um cômodo bem pequeno, com cerca de 2m², onde fica um armário arquivo com os prontuários.

a proximidade das casas dos moradores à UBS, então geralmente a população vai a seu domicílio quando há necessidade, retornando em seguida). Não há uma sala de enfermagem, ou consultório odontológico, ou sala de pequena cirurgia, ou sala de imunizações (vacinas), ou farmácia, ou laboratório, tampouco sala para esterilização de material, ou sala para reunião, ou copa, ou almoxarifado. É um lugar pequeno, mas relativamente adaptado ao serviço (mesmo com certas “faltas”), possuindo com ventilação adequada (embora não haja luz natural há boa iluminação), climatização e respeitando a privacidade dos atendimentos, faltando de matérias básicos apenas um negatoscópio (já solicitado por mim).

Os exames laboratoriais são realizados apenas na UBS da zona urbana, tendo a população que deslocar-se até lá para agendamento desses ou mesmo para realiza-los. Os materiais de serviço/expediente são enviados pela secretaria municipal de saúde (SMS) periodicamente e em quantidade e qualidade suficientes/satisfatórias. De mesmo modo os técnicos que realizam manutenção dos aparelhos existentes no consultório odontológico comparecem periodicamente para manutenção preventiva. Não há na UBS da zona rural computador, acesso a internet, ou telefone.

A equipe da ESF é composta de nove profissionais: um médico (eu), uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo², uma técnica em saúde bucal e três agentes comunitários de saúde. Além desses, contamos com o apoio dos profissionais do NASF: nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, além do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A farmácia básica é “itinerante” contando apenas de uma caixa em que se traz os medicamentos quando do dia do atendimento médico ou da enfermagem, trazidos conforme expectativa de demanda. Nos demais dias, não há farmácia fixa na zona rural para dispensação dos medicamentos da farmácia básica, apenas na zona urbana que também realiza atendimento à população da zona rural sem restrição. A farmácia popular do Brasil existe no município, mas também apenas na zona urbana.

O funcionamento da UBS é de segunda a sexta-feira das sete às onze da manhã e das treze às dezessete horas da tarde. Nesses horários são realizadas

² O consultório é compartilhado e no dia em que o dentista tem que atender o médico não pode utilizá-lo nesse horário, bem como a enfermeira. Então os profissionais fazem “rodízio” para atendimentos, realizando outras atividades enquanto a sala estiver ocupada pelo colega (visitas domiciliares e/ou atividades com grupos)

consultas médicas (praticamente os dias), exames de citologia oncológica (“preventivo”), consultas a grupos específicos: pré-natal (gestantes), puericultura (crescimento e desenvolvimento: CD), hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e idosos; imunizações (vacinas), curativos, “retirada de pontos” cirúrgicos, atendimento odontológico e com a enfermeira também. As atividades com grupos/ treinamentos e atualizações também acontecem nesse período.

O agendamento para atendimento médico se dá por meio de “fichas” com identificação e classificação de risco (azul/ verde/ amarela) entregues a partir das sete horas da manhã conforme demanda previamente programada – ou não – com o agente comunitário de saúde (ACS) que visita a área a verifica necessidades/ prioridades. Cerca de dez fichas por turno de atendimento são distribuídas haja vista a demanda espontânea ainda ser grande (40%, aproximadamente).

Fazemos ainda além das visitas domiciliares a idosos com dificuldade de locomoção, recém-nascidos, puérperas e acamados por deficiências; ações do programa saúde na escola (PSE) nas escolas do município e atividades com grupos no núcleo de apoio à saúde na família (NASF). O planejamento das ações e serviços é realizado por toda a equipe, além da secretária de saúde do município que é bastante disponível e empenhada em melhorar a saúde de seu município. Fazemos reuniões semanais para traçar as estratégias de atendimento e mesmo modificar alguma ação para melhoria do atendimento, além de promover e uniformizar as campanhas preventivas.

Por mim, são realizadas basicamente as consultas de clínica médica, e temos alguma dificuldade em encaminhar pacientes para os serviços especializados (especialidades médicas), tanto pela quantidade pactuada/ disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pela baixa quantidade de profissionais especialistas na região (na forma de contratação pelo município). Quase que integralmente o repasse/ pagamento/ agendamento de consultas com especialistas e exames mais complexos (tomografias computadorizadas/ endoscopias/ ultrassonografias/ radiografias) são de responsabilidade da secretaria municipal de saúde e são agendados com profissionais previamente “contratados” para prestar esse serviço em outros municípios (pactuação/ contratação) o que finda por incrementar a contrapartida do município na pactuação pela saúde das três esferas (municipal/ estadual/ federal). Algumas consultas especializadas são pagas pelo

município em clínicas privadas; pois existe grande dificuldade de realizar a referência para os hospitais públicos da capital por exemplo.

Com relação à análise dados da unidade e da população é feito monitoramento através do registro e acompanhamento dos ACS e da enfermeira da equipe que os visitam com mais frequência que o médico, além dos grupos específicos que existem (grávidas/ hipertensos-diabéticos/ idosos/ saúde mental) que promovem também ações de promoção de saúde (caminhadas, oficinas com nutricionista, etc.). É – desse modo – possível quantificar e qualificar os agravos à saúde existentes na área.

O relacionamento entre a equipe e a comunidade é bem satisfatória e bastante intimista. E essa se sente satisfeita com os serviços prestados pela equipe. Frequentemente somos convidados (quase intimados) a participar de eventos da comunidade (festa de padroeiro, jantares, almoços, etc.).

O acesso da população rural à zona urbana para a realização de exames e acesso à medicamentos é bem fácil já que a via de traslado é pavimentada e o acolhimento se dá de forma indiscriminada, tendo todos um acesso igualitário. Dependendo da necessidade a equidade vigora e devido à distância os pacientes da zona rural até têm alguma prioridade na entrega das medicações ou realização dos procedimentos a quem se propuseram a vir à zona urbana. Uma grande demanda observada foi a do grupo de Hipertensos que estão sem o controle adequado da pressão arterial (PA) e do grupo de pacientes da saúde mental que ainda estão sem acompanhamento adequado existindo muitos desses dependentes cronicamente de benzodiazepínicos.

Todavia, em terreno por trás dessa unidade em funcionamento já existe construída a expansão/reforma da unidade aguardando apenas os equipamentos para ser inaugurada, esta sim, totalmente adequada à realidade exigida esperada pelo que preconiza o SUS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A equipe da estratégia de saúde da família (ESF) em que atuo está alocada em cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte, chamada Lucrécia (Código

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): 240690/ Microrregião de Umarizal-RN), que conta com apenas duas equipes ESF.

Contamos com o apoio dos profissionais do NASF: nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, além do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além de unidade mista (atendimentos de urgências e emergências/ estabilização de pacientes graves/ internação ou observação clínica de baixa/ média complexidade que não necessitem de exames complementares com muita frequência ou completos (não dispomos de radiografias ou exames de imagem outros, por exemplo).



Figura 1: Foto da UBS Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) - Frente.

Segundo o último censo do IBGE o município consta com aproximadamente quatro mil habitantes (população total do município em 2010: 3633 hab/ e estimado em 2013: 3860 hab, estando estes quase que igualmente distribuídos entre zona rural e urbana.

Ao chegar ao município pude perceber certa diferenciação entre a estrutura física muito boa da unidade básica de saúde (UBS) da ESF da zona urbana e algo precária da (s) UBS (s) da zona rural (em que estou alocado). A UBS (Isaías Domingos de Queiroz – “Posto de saúde de Tanquinhos”, código CNES: 2407612) fica localizada bem na entrada da cidade para quem vem na estrada a partir de Umarizal-RN. Apesar de constar de zona rural, o acesso se dá por estrada pavimentada e asfaltada.

A população geralmente faz o traslado ao “centro” da cidade utilizando motocicletas, ou bicicletas, ou carros ou em raros casos “a pé” ou em equinos. A estrutura da área abrangida não conta com saneamento básico tampouco fornecimento regular de água potável, mas existe há vários anos energia elétrica no local.

A UBS em si ainda é bem pequena, contando apenas com quatro cômodos: recepção, sala de preparação/ classificação de risco, arquivo³ e consultório médico-odontológico⁴ este possuindo um banheiro o único da unidade (pouco utilizado dada a proximidade das casas dos moradores à UBS, então geralmente a população vai a seu domicílio quando há necessidade, retornando em seguida).

Não há uma sala de enfermagem, ou consultório odontológico, ou sala de pequena cirurgia, ou sala de imunizações (vacinas), ou farmácia, ou laboratório, tampouco sala para esterilização de material, ou sala para reunião, ou copa, ou almoxarifado. É um lugar pequeno, mas relativamente adaptado ao serviço (mesmo com certas “faltas”), possuindo com ventilação adequada (embora não haja luz natural há boa iluminação), climatização e respeitando a privacidade dos atendimentos, faltam materiais básicos, apenas um negatoscópio (já solicitado por mim).



Figura 02: UBS Isaias Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) – Entrada.

Os exames laboratoriais são realizados apenas na UBS da zona urbana, tendo a população que deslocar-se até lá para agendamento desses ou mesmo para realiza-los. Os materiais de serviço/expediente são enviados pela secretaria

³ O arquivo é um cômodo bem pequeno, com cerca de 2m², onde fica um armário arquivo com os prontuários.

⁴ O consultório é compartilhado e no dia em que o dentista tem que atender o médico não pode utilizá-lo nesse horário, bem como a enfermeira. Então os profissionais fazem “rodízio” para atendimentos, realizando outras atividades enquanto a sala estiver ocupada pelo colega (visitas domiciliares e/ou atividades com grupos)

municipal de saúde (SMS) periodicamente e em quantidade e qualidade suficientes/satisfatórias. De mesmo modo os técnicos que realizam manutenção dos aparelhos existentes no consultório odontológico comparecem periodicamente para manutenção preventiva. Não há na UBS da zona rural computador, acesso à internet, ou telefone.

Sobre a nossa equipe da ESF, é composta de nove profissionais: um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal e três agentes comunitários de saúde. A farmácia básica é “itinerante” contando apenas de uma caixa em que se traz os medicamentos quando do dia do atendimento médico ou da enfermagem, trazidos conforme expectativa de demanda. Nos demais dias, não há farmácia fixa na zona rural para dispensação dos medicamentos da farmácia básica, apenas na zona urbana que também realiza atendimento à população da zona rural sem restrição. A farmácia popular do Brasil existe no município, mas também apenas na zona urbana.

O funcionamento da UBS é de segunda a sexta-feira das sete às onze da manhã e das treze às dezessete horas da tarde. Nesses horários são realizadas consultas médicas (praticamente os dias), exames de citologia oncológica (“preventivo”), consultas a grupos específicos: pré-natal (gestantes), puericultura (crescimento e desenvolvimento: CD), hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e idosos; imunizações (vacinas), curativos, “retirada de pontos” cirúrgicos, atendimento odontológico e com a enfermeira também. As atividades com grupos/ treinamentos e atualizações também acontecem nesse período.

Fazemos ainda além das visitas domiciliares a idosos com dificuldade de locomoção, recém-nascidos, puérperas e acamados por deficiências; ações do programa saúde na escola (PSE) nas escolas do município e atividades com grupos no núcleo de apoio à saúde na família (NASF). O planejamento das ações e serviços é realizado por toda a equipe, além da secretária de saúde do município que é bastante disponível e empenhada em melhorar a saúde de seu município. Fazemos reuniões semanais para traçar as estratégias de atendimento e mesmo modificar alguma ação para melhoria do atendimento, além de promover e uniformizar as campanhas preventivas.

Por mim, são realizadas basicamente as consultas de clínica médica, e temos alguma dificuldade em encaminhar pacientes para os serviços especializados (especialidades médicas), tanto pela quantidade pactuada/ disponibilizada pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pela baixa quantidade de profissionais especialistas na região (na forma de contratação pelo município).

O repasse/ pagamento/ agendamento de consultas com especialistas e exames mais complexos (tomografias computadorizadas/ endoscopias/ ultrassonografias/ radiografias) são de responsabilidade da secretaria municipal de saúde - quase que integralmente - e são agendados com profissionais previamente “contratados” para prestar esse serviço em outros municípios (pactuação/ contratação) o que finda por incrementar a contrapartida do município na pactuação pela saúde das três esferas (municipal/ estadual/ federal). Algumas consultas especializadas são pagas pelo município em clínicas privadas; pois existe grande dificuldade de realizar a referência para os hospitais públicos da capital por exemplo.

Com relação à análise dados da unidade e da população é feito monitoramento através do registro e acompanhamento dos ACS e da enfermeira da equipe que os visitam com mais frequência que o médico, além dos grupos específicos que existem (grávidas/ hipertensos-diabéticos/ idosos/ saúde mental) que promovem também ações de promoção de saúde (caminhadas, oficinas com nutricionista, etc.). É – desse modo – possível quantificar e qualificar os agravos à saúde existentes na área.

O relacionamento entre a equipe e a comunidade é bem satisfatória e bastante intimista. E essa se sente satisfeita com os serviços prestados pela equipe. Frequentemente somos convidados (quase intimados) a participar de eventos da comunidade (festa de padroeiro, jantares, almoços, etc).

Com relação à estrutura física da UBS, assim como observado no artigo de “Siqueira e Cols. 2009, Barreiras Arquitetônicas”, a em que atuo também mostra seus entraves ou barreiras estruturais. Nosso primeiro problema é com a falta de corrimões logo na entrada da UBS, além da inclinação demasiada da rampa de acesso e sua pequena largura, ou seja, temos a rampa de acesso, porém sem adequada inclinação (angulada demais) e sem corrimões de segurança/apoio.

Em nossa UBS podemos elencar alguns “problemas” estruturais: (1) não dispomos de calçada adequada para o deslocamento das pessoas ou corrimão nos corredores da UBS; (2) não temos local específico satisfatório para recepção dos usuários, já que dispomos apenas de banquetas (cerca de quatro) e um banco pouco maior (acomoda de forma pouco confortável duas pessoas) e em local em que a luz solar incide diretamente por sobre os usuários durante certa porção do dia

(aproximadamente 4 horas); (3) não possuímos banheiro para o usuário (exclusivo), já que temos apenas um banheiro de funcionários, que por sua vez está dentro do próprio consultório médico-odontológico, este por sua vez também sem adaptação para acessibilidade de idosos e/ou deficientes físicos; (4) não há local para armazenamento de medicamentos (apenas um armário aberto e outro fechado, ambos metálicos, em que se acomodam os medicamentos e matérias de consumo e instrumentos/aparelhos de uso dos profissionais – otoscópio, esfigmomanômetro, por exemplo); (5) não existem vários consultórios, mas como já citado em textos/tarefas anteriores, apenas um único consultório compartilhado (não simultaneamente) para médico/ enfermeiro/ dentista; (6) esse consultório não possui iluminação direta ou circulação direta de ar, mas somente através do banheiro (porta deste aberta), mas tem climatização (condicionador de ar); (7) não há maca para exame ginecológico ou negatoscópio; (8) as macas/mesas para exames clínicos são antigas, e bastante altas, o que pode causar acidentes, e muitas vezes nos impede de examinar com qualidade os idosos que não conseguem subir na maca para exame físico; (9) os pisos e paredes da UBS estão danificados e não são antiderrapantes, inclusive em banheiros; (10) não possuímos salas específicas (ou seja, o serviço na zona rural não é disponibilizado) para farmácia/ laboratório/ sala de curativo/ sala para medicação, etc.) (11) os móveis são de ferro, e estão antigos e danificados; (12) para a coleta do(s) lixo(s), não temos salas específicas para tal/ expurgo; (13) a coleta de lixo é realizada em recipientes plásticos posto à frente da UBS, desprotegidos de grades e cadeados e ao ar livre; (14) falta sala de lavagem de material contaminado; dentre outros.

Há uma UBS em fase de finalização para inauguração, localizada próxima a atual, que satisfaz as condições desejadas e/ou recomendadas. Como a UBS “nova” está praticamente pronta e possui todas as adequações para tornar-se compatível com o recomendado, as dificuldades que enumeramos não têm mais importância haja vista a solução próxima dos problemas (inauguração ainda em 2014).



Figura 3: Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) – Arquivo e local para guardar materias de limpeza.



Figura 4: Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) – Consultório médico – vista 1 – maca/ birô médico.

Em meu município, temos uma grande distinção (até agora) entre a UBS da zona urbana que “nasceu” para ser UBS conforme os requisitos observados nos textos dessas duas semanas e a UBS em que trabalho – a da zona rural – que é na realidade uma casa bem pequena adaptada para funcionar como UBS. Como pude conhecer ambas as unidades, pude observar e analisar ambas de modo a criar um ponto crítico de partida para as melhorias necessárias.

Assim, em conjunto com a análise das respostas dadas no questionário (Bloco E a L), pude observar as reais necessidades existentes na UBS em que trabalho e condições básicas necessárias ao bom exercício profissional e bom atendimento dos usuários. Em pouquíssimas situações analisei a estrutura de trabalho como suficiente. Não havia sequer a necessidade de se ater a detalhes. Sobretudo com relação aos equipamentos e instrumental necessários ao trabalho (já que a estrutura física em breve será adequada quando da abertura do novo prédio/nova UBS já construída com base nas necessidades e normas) podemos ver o quão distinto são estes com que trabalho aos que existem na UBS da zona urbana. Praticamente todos são bem antigos, advindos geralmente dos que foram já por anos utilizados naquela e findarão por ser transportados a esta.

Além da clara falta de materiais básicos como balanças para lactentes, negatoscópio, etc. Sobre a estrutura, lembramos ainda a ausência de diversas “repartições” como sala de vacinas, nebulização, curativos e conseqüentemente de todos os materiais necessários aos seus respectivos procedimentos, o que inda obviamente por prejudicar o trabalho e principalmente a qualidade deste.

Os materiais para exame e checagem de sinais vitais – porém – estão em boas condições de uso, mas não temos serviços de manutenção/calibragem periódica. Os móveis da UBS são em sua maioria antigos apesar de não estarem enferrujados, por haver essa manutenção periódica. Mas, como citado o consultório é compartilhado com o odontológico e de enfermagem o que o torna meio que poluído com materiais e moveis objetos demais, tornando o ambiente “poluído” visualmente. Não há mesa para exame ginecológico, e a maca existente é alta, o que dificulta o acesso aos idosos e gestantes para realizar o exame físico. Não dispomos dos testes rápidos nem de local/materiais para pequenos procedimentos inclusive sutura de lesões; sendo que todos esses procedimentos devem ser realizados pela população fora de sua área, na UBS da zona urbana.

Não há material algum de audiovisual inclusive na UBS da zona urbana, sendo que esses materiais quando necessários são disponibilizados prontamente pelo município por haver centralização, havendo apenas a restrição de que há apenas um conjunto (computador/ projetor/ equipamento de som completo/ etc.), devendo servir a todas as atividades do município, sendo – pois – necessário agendamento prévio. Como conseqüência, não se dispõe de prontuário eletrônico ou internet na UBS.



Figura 5: Unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) – Consultório médico – vista 3 – cadeira do dentista (consultório compartilhado).

Os materiais de insumos são suficientes, sendo que são limitados ao que se pode realizar na UBS com a estrutura que há. Os exames laboratoriais são realizados praticamente todos os que necessitamos com mais frequência, mas todos na UBS da zona urbana, inclusive não há a possibilidade sequer da “coleta remota”. Os exames sorológicos são agendados e colhidos em dia específico e enviados à regional de saúde /laboratório central/regional em Pau dos Ferros/RN (distante cerca de 90 km).

Os exames mais complexos têm mais dificuldade para a realização, alguns a gestão aguarda vaga através da Secretária Estadual ou contrata serviços terciários para dar vazão à demanda. Exames de menor custo e de importância diagnóstica a população tem “hábito” de realiza-los “por conta própria” / “particular” / “pagando pelo serviço” como acontece, por exemplo, com a maioria dos exames de ultrassonografia.

Exames mais complexos, mas em que há “convênio” com alguma clínica próxima, como radiografias e endoscopias, custam cerca de um mês para a realização, já outros mais complexos como tomografia computadorizada e ressonância magnética quando solicitados demoram cerca de um mínimo de dois meses para sua realização, a depender da prioridade informada pelos profissionais médicos (em caso de investigação, ou confirmação diagnóstica, ou seguimento de neoplasias, os exames são priorizados). Houve alguns relatos de paciente que

quando era convocado para a realização do exame/ consulta especializada, já não havia mais a necessidade, ou por não ter mais a queixa, ou por ter resolvido “por conta própria”, ou por já não estar mais morando no município, dentre outros exemplos.

Quanto à referência a especialidades, as que temos menos dificuldade para encaminhamentos são as consultas destinadas ao cardiologista, ginecologista e ao urologista. Para outras especialidades médicas, há certa dificuldade, tendo de ser priorizados pela gestão apenas os casos mais graves.

Talvez o “calcanhar de Aquiles” da UBS seja a farmácia básica, e a “salvação” parcial tenha sido a farmácia popular do Brasil, isso porque da maior parte das medicações que são integrantes do ‘elenco de referência nacional de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica’ pouquíssimos são adquiridos pelo município e menor quantidade ainda está disponível no dia a dia, haja vista a demanda ser bem grande e a disponibilização (do pouco que se compra) ser diminuta frente à necessidade sendo, portanto, a maioria das medicações adquiridas em quantidade insuficiente.

Os atendimentos de urgências sempre são removidos por ambulância à unidade mista existente na cidade. Não há na UBS material bibliográfico (tudo se concentra até hoje na UBS da zona urbana).

Diante das dificuldades observadas, construí um roteiro para discussão junto à equipe e à gestão. Estabelecemos como prioritário o abastecimento da farmácia básica⁵ de forma adequada já que as demais demandas são decorrentes da falta de estrutura física que implica falta de matérias e esta questão está em resolução próxima (estando inclusive todos os insumos disponíveis ao uso e prontos para instalação). Houve reunião dos responsáveis pela farmácia (farmacêutica da equipe) da zona rural/ urbana/ mista e conseguimos chegar ao consenso da lista de medicamentos a serem licitados todos como essenciais assim como as quantidades médias aproximadas necessárias mensalmente (já que algumas medicações sobravam nas prateleiras e outras duravam apenas alguns poucos expedientes de funcionamento da farmácia) a fim de se ter um plano de ação (inclusive com custo aproximado) para resolução do problema do “desabastecimento” da farmácia básica.

⁵ Alguns usuários informavam espontaneamente, por exemplo, que em um período de alguns anos, aquela era “a primeira” vez que conseguia “pegar” algum medicamento na farmácia da UBS (básica), o que nos estimulou a eleger isso como prioridade.

Agora nos resta aguardar e observar “bem de perto” a gestão para que tenhamos um prazo real do cumprimento dessa demanda eleita como prioridade.

Como já previamente citado, a unidade básica de saúde (UBS) em que atuo é uma ESF, com apenas uma equipe para aproximadamente dois mil habitantes, sendo este número aproximadamente a metade do total de habitantes do município. Contamos com três agentes comunitários de saúde (ACS) que já têm território definindo há pelo menos dois anos. Reconhecemos e é parte do embasamento teórico que o processo de territorialização é elemento essencial para implantar a ESF. Essa foi realizada há alguns anos com parte da mesma equipe de ESF existente ainda hoje, mas o embasamento teórico faz com que reconheçamos que ainda é pouco eficaz o que há atualmente.

É o enfermeiro, juntamente com os ACSs, sob apoio da secretaria municipal de saúde do município quem faz valer o registro de cada novo agravo ou novo habitante nos territórios e mantêm a equipe ciente fazendo atualização do mapa daquele determinado território (ainda em construção). Temos no mural da UBS o mapa dos territórios atualizado há seis meses pelos ACS e enfermeira. Nele, temos a identificação das famílias e seus principais agravos, não temos – pois – problemas na equipe em relação a esse processo (apenas algum atraso na produção do impresso).

Os atendimentos são basicamente realizados na UBS, exceto em dias de campanhas (saúde da mulher, saúde do homem, dentre outros) em que atendemos em outros locais como associação de moradores por exemplo. Realizamos ainda visitas domiciliares, semanalmente, em um dos dias da semana conforme calendário, em que percorremos várias regiões da zona rural conforme demandas da população, repassadas pelos ACS, ou conforme listagem de pacientes com necessidade de cuidado continuado. Nas visitas são também avaliadas situações de risco e reconhecimento dos usuários que não buscam atendimento na UBS (hipertensos, diabéticos, etc.) que findam sendo encontrados por nossa equipe, ou mesmo indicados pela vizinhança.

Fazemos - dessa forma - juntos a busca ativa de “faltosos”, e realizamos as visitas agendadas aos usuários que são acamados ou necessitam de atendimento domiciliar, cerca de cinco a dez visitas por semana. Os usuários que necessitam de atendimento de enfermagem, por exemplo, que necessitam fazer curativos, são visitados diariamente para os procedimentos, e qualquer outro tipo de atendimento

(consulta médica, medicação injetável, entrega de medicamentos, coleta de sangue, revisão pós-cirúrgica e pós-parto) que são feitos pelo médico, enfermeira ou técnica de enfermagem, e que geralmente são identificados pelo ACS, ou mesmo um familiar procura a UBS, têm lugar nesses dias de visitas. São atendimentos bem organizados, devidamente registrados. O problema ainda consta na presença do odontólogo que não tem disponibilidade de realizar até então as visitas domiciliares.

Diversas atividades de promoção e prevenção são também realizadas em escolas/ creches do município, ou no conselho comunitário/ associações de moradores – excepcionalmente realizados em locais cedidos pela comunidade como residências, etc. A maior parte dos grupos reúnem-se na associação de moradores. Não temos grupo de adolescentes vinculado à ESF, entretanto a igreja católica possui tal grupo, mas ainda não há vínculo com a UBS. Não temos grupos específicos para homens, e infelizmente temos dificuldade de adesão dos mesmos às atividades da UBS, acredito que principalmente devido ao horário dessas atividades, que geralmente são em horário comercial e a maioria deles está em seu local de trabalho.

Toda a equipe participa das visitas e das atividades de promoção e prevenção à exceção do dentista, ou seja, participam o médico, a enfermeira, uma técnica de enfermagem e o ACS daquela área. Temos, portanto uma equipe que realmente sabe qual deve ser sua atuação na UBS/ ESF e, portanto, não temos qualquer dificuldade nesse tipo de atividade.

Em relação aos procedimentos na UBS, realizamos alguns procedimentos como: lavagem de ouvido, retirada de pontos, vacinas e curativos. Não falta material para os procedimentos básicos, porém não temos uma estrutura adequada para o atendimento de urgência e emergência, falta uma série de medicamentos e aparelhos ou suporte para pequenos procedimentos “mais invasivos” como suturas ou pequenas cirurgias. Não temos aparelho para realização de eletrocardiograma (ECG), nem qualquer outro tipo de aparelho para exame complementar, oxímetros ou desfibrilador (ou mesmo desfibrilador externo automático – DEA). Quando chega uma emergência, como uma suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou sutura, por exemplo, temos de deslocar o paciente para a unidade mista do município, que tem uma sala de emergência montada.

Obviamente, isso é uma dificuldade já que tem situações que o atendimento imediato é fundamental, e que a demora em prestar os primeiros atendimentos pode

realmente fazer diferença na vida ou morte daquele paciente. A distância entre a unidade mista e a UBS é de cerca de três quilômetros e na maioria das vezes em uma situação de emergência ocorre, o paciente/ familiares já procuram a unidade mista e somos então avisados por telefone para nos deslocarmos e a ambulância vêm nos buscar.

Àqueles usuários em que há necessidade de atendimento especializado temos a necessidade de fornecer ficha de referência padronizada para o outro nível no sistema de saúde, tanto para consulta médica e procedimentos como atendimento odontológico. A maioria das consultas referenciadas findam por não recebermos a contra referência o que dificulta o trabalho já que em muitas das vezes recebemos o paciente sem que ele tenha conhecimentos adequados sobre o seu tratamento.

As notificações compulsórias, geralmente são realizadas pela enfermeira da equipe ou por técnicos em enfermagem habilitados e designados para tal função. A busca ativa de agravos é feita por qualquer profissional da equipe, oportunamente.

Nossa equipe tem um cronograma de reuniões semanal, e toda a equipe participa da reunião além da secretária de saúde eventualmente. Nas reuniões montamos estratégias, fazemos os planos para a semana ou mesmo para o mês e avaliamos novos projetos de promoção e prevenção discutimos ações que impliquem melhoria do atendimento

As dificuldades encontradas acerca do processo de trabalho da UBS, não são grandes e, portanto, passíveis de serem contornadas. O problema da sala de urgência, tentamos contornar trazendo material da unidade mista (que também é da rede municipal), para improvisar uma sala de urgência. Já sabemos que a nova UBS em fase final de construção vai possuir todas as salas necessárias (de estrutura mínima) inclusive a de urgência.

As atividades de prevenção e promoção de saúde até agora com poucos grupos, e não temos espaço físico para todas elas. Geralmente o conselho local ou associação de moradores é o local utilizado para as atividades. Temos parceria satisfatória com a equipe da educação, e frequentemente fazemos ações nas escolas do município/ zona rural. Temos em implantação o grupo de adolescentes, o grupo de saúde mental e o grupo de combate ao tabagismo. Para as atividades em grupo (incluindo visitas) temos pouca adesão/ disponibilidade do dentista, mas

estamos reunindo com ele frisando a necessidade e importância de disponibilizar tempo para tais atividades.

Talvez o maior dos problemas que temos é o referenciamento às especialidades, e infelizmente temos pouca governabilidade sobre isso. As consultas mais urgentes, solicitamos como prioritárias.

Sobre outro aspecto, sabemos que o Ministério da Saúde recomenda que para cada equipe de ESF, tenha um número de equipes que não ultrapasse os quatro mil habitantes para cada equipe (tamanho). Sendo assim, temos uma equipe de ESF apenas, para uma população total de um mil trezentos e vinte e seis (1.326) habitantes na área de abrangência da UBS (zona rural), estando – pois – adequado para apenas uma equipe de ESF, assim como para o seu respectivo tamanho.

Essa distribuição avaliada no caderno de ações programáticas está de acordo com a que encontramos em nossa área de abrangência/ atuação. Temos atualmente na nossa área vinte crianças menores de um ano, estando de acordo com a lista de denominadores a qual apresentou dezenove menores. Temos também em nosso município oito gestantes; número cerca de metade do que fora encontrado nos denominadores do caderno das ações programáticas, que foi cerca de vinte gestantes.

Em nossa UBS o acolhimento se dá com o usuário sendo ouvido na sala de recepção/ entrada (já que não temos a estrutura ideal) e na sala de procedimentos/ medicações que basicamente são a mesma, logo na entrada da unidade. Para atendimento convencional, agendado devem ser disponibilizadas doze “fichas” para cada turno de atendimento do médico. Para a demanda espontânea a equipe pactuou como aceitável apenas duas outras fichas. Levam-se em consideração os casos de “urgência”. Por não termos treinamento adequado em classificação de risco, mesmo não sendo “urgência” as pessoas são atendidas e tornamos o atendimento “funcionante” como naquele lema: “cada um com sua prioridade/ urgência”.



Figura 6: Unidade básica de saúde Isaias Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) – Acolhimento.

As demandas dificilmente recaem sobre o atendimento da enfermagem, mas geralmente no mecanismo de busca por terapêuticas encontradas no médico, o que acaba sobrecarregando este profissional. Os atendimentos da demanda espontânea são em média cinco a oito por turno, e nem sempre são, portanto, casos que necessitavam de atenção com urgência. Absurdamente já chegamos a atender cerca de quarenta e três pessoas em um único turno, pois a população ia achegando-se ao posto e o superlotando, renovando a fila de espera durante toda a manhã (pessoas que iam chegando do trabalho/ escola, saindo no turno da tarde para o trabalho/ escola, etc., passando para “aproveitar” que o médico ainda estava atendendo).

O número de fichas distribuídas por turno geralmente é bem menor que a procura. Combinamos então de resolver parte desse excesso fazendo uma agenda em que são marcados os pacientes que não conseguem pegar a ficha (para que voltem no dia seguinte). O acolhimento e atendimento da demanda espontânea também é realizado pelo odontólogo, o qual realiza geralmente todos os atendimentos no dia. Da mesma forma as técnicas em enfermagem também realizam esse atendimento da melhor forma quando são solicitadas (verificação de PA, curativos, vacinas), mas pela quantidade de atendimentos encontrados, é evidente e prioritário que mudemos a forma como tem sido acolhida (se é que podemos considerar acolhimento essa forma de tratar) a nossa demanda espontânea excedente. A seguir apresentamos a tabela dos denominadores gerados no caderno de ações programáticas (CAP):

Denominadores	
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	439
Mulheres entre 25 e 64 anos	334
Mulheres entre 50 e 69 anos	100
Gestantes na área - 1,5% da população total	19.89
Menores de 1 ano	19
Menores de 5 anos	38
Pessoas de 5 a 14 anos	230
Pessoas de 15 a 59 anos	854
Pessoas com 60 anos ou mais	143
Pessoas entre 20 e 59 anos	730
Pessoas com 20 anos ou mais	873
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	275
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	79

Figura 7: Tabela dos denominadores do município de Lucrécia/RN (Caderno de ações programáticas 'Especialização em medicina de família UNA-SUS).

Em relação à saúde da criança observamos que de acordo com o CAP, temos uma cobertura de 100% de puericultura, apesar da qualidade não ser também 100%, uma vez que alguns itens não têm adesão/ atendimento adequado e “cobertura” satisfatória a exemplo da triagem auditiva e teste do pezinho até 7º. dia de vida.

Seguindo na análise desse Caderno, encontramos exatamente isto: déficit no que diz respeito à triagem auditiva, já que não dispomos na cidade de recursos para realização da mesma, sendo apenas realizados através de despesa financeira própria da família do paciente e com deslocamento a outros municípios onde há disponível o exame. Percebemos ainda déficit de cobertura do teste do pezinho até o sétimo dia de vida e da primeira consulta também nesse período. Em muitos casos há atrasos na consulta por mais que sete dias apesar das insistentes buscas ativas da equipe à família.

Os demais itens/ indicadores, expõem qualidade adequada ao atendimento/ à atenção à saúde da criança. Todas as crianças da área estão sendo acompanhadas, e não temos crianças da área sem cobertura dos atendimentos. Os ACS fazem um bom trabalho na busca ativa dessas crianças, mas mesmo dessa forma ainda temos problemas com atrasos nas consultas especialmente por falta de interesse das mães, devido a problemas sociais, podendo a equipe inclusive antecipar a expectativa a esse tipo de problema ao observar as mães mesmo antes do parto/ nascimento da criança. A maior parte das crianças já sai com a próxima consulta agendada (alternadas entre o médico e a enfermeira), mas ainda há

também vários casos de atrasos na consulta o que dificulta o gerenciamento dos atendimentos.

Dentro dessa nossa dificuldade, observamos que quase em 100% dos casos acompanhados a triagem auditiva não está sendo realizada, o que é preocupante, tendo em vista a importância do exame para diagnóstico precoce de patologias auditivas. Tal limitação tem que ser levada ao gestor para um convênio ou contratação de um profissional para esse fim, já que não conseguimos com o processo de trabalho na UBS mudar esse quadro.

Outro indicador no Caderno de Ações Programáticas que mostra dificuldade na atenção em puericultura é o que atenta ao teste do pezinho que deve ser realizado até o sétimo dia de vida e não vem sendo, apesar da priorização deste exame, por problemas geralmente relativos à saúde das mães que ainda se consideram debilitadas para deslocar-se até o local de coleta do teste. Há atraso também na primeira consulta, inclusive é uma das causas do atraso no teste do pezinho, mas há ainda a questão de internamentos das mães em hospitais em que realizaram seu parto, atrasando a vinda dessas à cidade de origem.

Sobre o tema de acompanhamento das nossas gestantes pudemos observar que “registros” nos permitiram o preenchimento adequado do Caderno de Ações Programáticas. Não temos subnotificações ou falha de registros. Os denominadores desse caderno estimam 19,89 gestantes e avalia uma cobertura de 83%. Temos na realidade um total de dezenove (19) gestantes na área de abrangência da UBS e todas as gestantes estão em acompanhamento, sendo uma cobertura, portanto, de 100%.

Os indicadores mostram que todas as gestantes são acompanhadas de forma regular, porém não está sendo realizado o exame ginecológico por trimestre em nenhuma gestante. Tivemos quatro gestantes que não iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, geralmente por motivos pessoais e familiares, (esconder a gestação, por exemplo), ou por desconhecer os sinais e sintomas iniciais e “confiar” no contraceptivo que vinham utilizando. Outras cinco não realizam as consultas regulares justificando que iriam residir em outro município onde fariam o pré-natal e alternavam-nas entre um município e outro descontinuando o acompanhamento preconizado. Quatro das pacientes não tiveram exames solicitados na primeira consulta, o que evidencia falha no acompanhamento adequado ou mesmo priorização inadequada das necessidades das pacientes.

O pré-natal na UBS é realizado em um dia na semana. No momento estamos com dezenove gestantes, realizando o pré-natal regularmente. As consultas são realizadas pelo médico e pela enfermeira, alternadamente, porém toda a equipe participa do grupo de gestantes, além de contarmos com o apoio do NASF (psicólogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudióloga e assistente social), em que realizamos palestras sobre variados temas como: alimentação adequada, atividades físicas permitidas, sintomas e algumas complicações da gravidez, cuidados gerais, oficinas de artesanato, oficina sobre medos/dúvidas e ansiedades; cuidados com o recém-nascido (RN), aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar.

Ao término da consulta as gestantes já saem da UBS com sua próxima consulta agendada assim como os exames necessários solicitados e calendário vacinal ajustado. Caso apresentem problemas agudos antes do dia da próxima consulta, elas têm atendimento prioritário na UBS. Todas as gestantes são avaliadas pelo odontólogo logo depois da primeira consulta médica; e se as gestantes não comparecem as consultas agendadas, rapidamente o ACS as procuram (busca ativa) para saber o motivo da ausência e tentar trazê-las à UBS. Todas as gestantes são cadastradas pela enfermeira no SISPRENATAL, e os registros são feitos nos prontuários em fichas especiais de gestante, além das anotações em nas carteiras da gestante, procedimento realizado em todas as consultas independentemente de quem a realize. Em caso de avaliação pela enfermeira de alterações em exames apresentados, no mesmo dia a gestante tem atendimento pelo médico, geralmente no mesmo turno.

Em relação ao puerpério, estamos na UBS com uma excelente cobertura das consultas de puerpério (100%) de acordo com os denominadores avaliados e de mesmo modo, avaliando todos os denominadores do CAP, observamos que não estamos realizando adequadamente o exame ginecológico nem o exame abdominal nas puérperas e nem registrando no prontuário todas as consultas. Uma das pacientes recusou exame das mamas o que caiu esse índice. As consultas de puerpério são realizadas logo após o parto, na residência da puérpera (visita domiciliar), e orientamos a amamentação, e algumas dificuldades que possam existir, examinamos o RN, ferida cirúrgica se houver, orientamos retirada de pontos em 10 dias e consulta médica com 30 dias pós-parto para conversa sobre contracepção/planejamento familiar.

Sobre o câncer de colo de útero e sua prevenção, observamos que os registros existentes na UBS não permitiram o preenchimento perfeito de todos os dados do CAP, sendo necessária consultas a profissionais e estimativas em relação a alguns quantitativos. Esse caderno nos mostra uma cobertura de apenas 65% de prevenção ao câncer de colo de útero, o que é ruim. Porém a causa da baixa cobertura não diz respeito à falta de empenho da equipe ou mesmo à falta de orientação/ promoção à saúde da ESF, mas tão somente ao grande número de idosas que se recusam a realizar o exame por pudor/ 'ignorância', ou "tradição". Sobre os exames "preventivos" visualiza-se boa qualidade dos exames, mas nem todos com células representativas da junção escamocolunar, alguns pacientes não recebem a orientação sobre a prevenção/ uso do preservativo, mas por referirem não ter mais vida sexual ativa. Com atraso na coleta do exame de prevenção apontado no Caderno, talvez seja a realidade mais comum em termos de déficit de ações de prevenção, ocorrendo principalmente pelas pacientes que trabalham referindo não terem tempo hábil/ disponível para coleta do material para exame.

A cobertura da área de atuação da equipe nesse quesito ainda está baixa devido à baixa conscientização da população mais idosa da importância, ou mesmo talvez falta de capacidade de convencimento pela equipe em trazer as pacientes mais tímidas à ação de prevenção. Quanto a esse aspecto, dentre tantas atitudes já tomadas, ainda persistimos com certa incapacidade de mudança da realidade. Uma mudança iminente necessária é justamente a que advém da percepção de que devemos registrar em prontuário/ arquivo próprio os exames das pacientes para termos em mãos os dados de controle para verificação/ busca ativa periódica e sistemática.

Quanto ao câncer de mama, temos observado que os registros da UBS permitiram o preenchimento de todos os dados do Caderno de Ações que mostra uma cobertura de 76%, refletindo alguma adesão às diretrizes do MS a mais que a observada na prevenção do câncer de colo uterino. Talvez por ser um exame complementar considerado pelas senhoras avaliadas "menos invasivo" que o 'preventivo' já que não há exposição da região genital (conforme nos relatam algumas mulheres). Entretanto, infelizmente observamos algum percentual considerável de mulheres com atraso na realização do exame anual (12%), refletindo certa 'acomodação' das pacientes em buscar pelo exame e além disso falha na busca ativa por parte da equipe ESF. Os demais itens de avaliação da

qualidade do Caderno de Ações estão relativamente satisfatórios. A exemplo do que ocorre com a prevenção do câncer de colo uterino, um maior poder de convencimento talvez faça a diferença nos indicadores e assim como àquele câncer e suas atividades de prevenção, devemos iniciar o quanto antes o registro em prontuário/ arquivo próprio dos exames das pacientes para termos em mãos os dados de controle para verificação/ busca ativa periódica e sistemática dessas pacientes com exame alterado.

Sobre esta doença de extrema importância e prevalência, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), temos em nossa UBS a realidade de que os registros de hipertensos são fidedignos em que todos os usuários com HAS são cadastrados em registros específicos que facilitam o desenvolver das várias ações com esse grupo, inclusive servirão de exemplos aos demais agravos à saúde de maior prevalência/ importância que ainda não têm registro próprio.

O número de hipertensos estimado pelo Caderno de Ações em nossa UBS é duzentos e setenta e cinco (275), enquanto nossos registros mostram um total de apenas cento e vinte e oito (128) na área de abrangência da nossa UBS, sendo assim bastante inferior ao estimado no caderno de ações programáticas. Acreditamos ser uma superestimada, haja vista que o trabalho dos agentes comunitários de saúde nos garante fidelidade desse cadastro e acompanhamento. A cobertura estimada foi de 47%, porém pelos nossos registros a cobertura na UBS é de 96% de acompanhamento satisfatório dos hipertensos na área de abrangência da ESF.

Os indicadores evidenciam ainda um alto número (18%) de hipertensos que têm atraso considerável em suas consultas, assim como na “atualização” de seus exames periódicos enquanto que os demais indicadores estão satisfatórios. Existe o grupo de HIPERDIA em que conseguimos o atendimento adequado a esse grupo, com relativa participação. São feitas reuniões quinzenais com discussão de diversos temas como alimentação saudável, exercício físico, complicações do DM e HAS, importância do uso das medicações regularmente. Faz-se aferição da PA, controle glicêmico, controle do peso, renovação de receitas e solicitação dos exames de rotina, tudo registrado em uma carteira própria do usuário e no prontuário do mesmo.

As orientações de atividade física e alimentação saudável, são indicadores que podemos afirmar que estão sendo adequadamente trabalhados, em virtude de

sempre termos nas reuniões uma nutricionista, educador físico e fisioterapeuta com as devidas orientações, além de obviamente esse papel de orientação também ser realizado nas consultas médicas individuais rotineiramente.

Assim como os dados da HAS, os do diabetes mellitus (DM) não fizeram possível o preenchimento de todos os registros existentes no Caderno, sendo possível preencher apenas parcialmente os quesitos, sendo necessária consulta a outros profissionais e usuários para detalhamento e respostas. Na estimativa do caderno de ações, teríamos 79 diabéticos na área de abrangência, e pelos os registros da UBS temos somente 25 diabéticos, abaixo da estimativa, mas adequado a nossa realidade, em que não temos muitos obesos com DM tipo 2. A cobertura de DM de acordo com o preenchimento do caderno é de somente 32%. Assim como exposto sobre os dados de hipertensos acima, observamos que na UBS estão sendo acompanhados todos os pacientes com DM o que nos traduz uma cobertura de 100%.

Exceto pelo indicador do atraso de consultas, temos registro de praticamente todos os usuários realizando as consultas e acompanhamento adequado em nossa área, talvez pelo pequeno número de pacientes acompanhados, tendo assim maior capacidade de a equipe atender a demanda. Reconhecemos que devemos focar na busca ativa de pacientes possivelmente diabéticos ainda não diagnosticados, pois ainda é muito dispare o número estimado pelo Caderno de Ações e o realmente encontrado em nossos registros. Ademais o acompanhamento se dá de forma satisfatória.

Sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, o Caderno mostra uma cobertura de 79%, pois, 113 pessoas são acompanhadas, enquanto a estimativa é de 143. Tendo em vista o envelhecimento populacional com os avanços dos cuidados em atenção básica, promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde, julgamos adequado o valor à realidade. Ao analisar esse Caderno encontramos déficit no que diz respeito ao acompanhamento global do idoso, sendo bem precária a situação de registros, geralmente pela pouca adesão e/ou acesso desses ao serviço, além da falta de registro específico aos atendimentos dessa população.

A cobertura da área de atuação da equipe está relativamente boa, mas os indicadores de qualidade dos atendimentos estão bem deficientes, julgo que principalmente pela falta de atenção adequada a esse grupo, como por exemplo registro próprio e agendamento prioritário, tem-se “esperado” pelos idosos e não

feito atendimentos de promoção à saúde e prevenção de agravos e “busca ativa” aos usuários. A maior parte dos que são bem acompanhados são os que se enquadram na necessidade de cuidados continuados por já terem complicações em sua saúde como por exemplo serem acamados ou portadores de necessidades especiais diversas.

Acreditamos que se promovendo trabalho no sentido de organizar o registro e o acompanhamento dessa população melhoraremos bastante os indicadores e tentaremos trabalhar nesse âmbito com essa finalidade, pois não há registro específico para esse grupo que geralmente também têm os demais agravos já em atendimento (por exemplo HAS e DM).

Como percepção final de toda a análise situacional dessa UBS em que atuo, através das atividades e questionários desenvolvidos, temos a clara avaliação das dificuldades e deficiências sejam na estrutura, atendimento ou no mecanismo de trabalho existentes na UBS que se fazem necessários serem modificados de alguma forma. O primeiro passo é sem dúvida, colocar toda a equipe e a gestão conhecedora das dificuldades. É necessário aplicar protocolos, e categorizar os atendimentos para que dessa forma toda e qualquer ação seja desenvolvida da melhor forma. Nesta análise situacional também foi possível observar que os registros da UBS não estão realizados de forma adequada e obviamente que o processo de trabalho e o usuário saem prejudicados. Todas as dificuldades e limitações já estão sendo pautas nas reuniões semanais com a equipe e assim sendo estão sendo planejadas todas as mudanças que serão realizadas em nossa UBS, vislumbrando melhor atendimento ao usuário final.

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

Comparativamente, podemos perceber que nossa UBS apresenta menos em realidade que o que supúnhamos como necessário ao seu bom funcionamento inicialmente, o que nos faz mudar o ponto de vista e avaliar o serviço prestado como não tão satisfatório quanto o que pensávamos inicialmente. A estrutura física talvez seja a primeira a mudar, pois como citado, estamos com novas instalações em finalização deixando-a adequada aos padrões de estrutura física preconizados. O relatório da Análise Situacional abrange mais informações sobre a saúde do

Município, e é mais completo e nos permite realizar ações e atentar a situações anteriormente não perceptíveis à nossa vista. Esse relatório nos ajudou a realizar indagações e planejamentos sobre as melhorias que buscamos, deixando-nos a par realmente do que temos de falhas e virtudes em nosso serviço.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O envelhecimento populacional mundial (VAUPEL, 2010) e, sobretudo, da população brasileira (WONG e CARVALHO, 2006) vem se acentuando consideravelmente, gerando impactos nas diversas formas de se prestar cuidados a este grupo: os idosos. Esse processo de envelhecimento populacional aumenta conseqüentemente o número de idosos que vivenciam processo de convívio com doença (s) crônica (s) que em maior parte das vezes os incapacita gradualmente, tornando-se necessário um cuidado especial com esse grupo de usuários.

Em nossa UBS há rampa de acesso o que facilita a locomoção de maneira geral especialmente para os idosos, porém não há barras de segurança nas paredes, nem mesmo no banheiro, sendo ainda necessário melhoria nesse aspecto para garantia de qualidade no serviço a ser prestado. A equipe é composta do médico, odontólogo, técnicas em enfermagem, auxiliar de cirurgião dentista e agentes comunitários de saúde, atuante em área com um total de cento e vinte e oito (128) pessoas acima de sessenta (60) anos (idosos). Cerca de 13 (treze) desses são acamados e necessitam de atendimento domiciliar multiprofissional e não há na área casos de suspeita de violência a pessoa idosa. É perceptível que a equipe da ESF tem papel fundamental para realização de ações de promoção e prevenção da saúde dos seus idosos. E, obviamente, é a fim de que o processo de morbimortalidade seja reduzido consideravelmente permitindo maior qualidade de vida à população alvo (idosos, ou seja, cidadãos acima de 60 anos de idade) que o trabalho da equipe e em equipe deve ser desenvolvido. Infelizmente, em conformidade com a (dura) realidade brasileira, em nossa UBS (Zona rural do município de Lucrécia-RN) ainda não foram implementadas ações específicas

voltadas à melhoria da assistência aos idosos e essas não estão até o momento sendo implementadas nem mesmo em demanda gradual, ou em parte da população.

No desenvolvimento das ações da equipe, o usuário idoso não é alvo de ação específica até então, por isso a nossa motivação e a percepção da relevância dessa ação programática em nosso contexto, culminando na opção de implantação/trabalho do projeto de melhoria da saúde do idoso. O acesso desse público à UBS até então se dá por meio de demanda espontânea, com exceção daqueles idosos que são hipertensos ou diabéticos, pois esses já fazem parte do grupo de Hipertensão e por isso são rotineiramente avaliados em consultas agendadas.

Como melhorias devemos promover agendamento das consultas e destinar turno específico de atendimento em que também se realize ações de educação em saúde. Os registros deverão tornar-se específicos à atenção a esses usuários, única e continuada para todos os atendimentos subsequentes, incluindo nessa a (ré) avaliação da saúde bucal em conjunto. Para implantação dessa intervenção na UBS, a nossa equipe (ESF) reuniu-se e por unanimidade foi escolhido o usuário idoso para ser alvo da intervenção e melhorias no atendimento. O primeiro dia da intervenção deverá ser promovido evento (previamente anunciado/divulgado nas mídias e através dos ACS), em que será realizada a avaliação multidimensional rápida em todos os idosos da área que comparecerem e, a partir desse momento, passaremos a implantar o projeto com o intuito da melhoria dos atendimentos, implantação de protocolos do Ministério da Saúde para exames clínicos, ações de promoção e prevenção, atendimento odontológico, rastreamento de DM e HAS, prevenção de acidentes domésticos, e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade dos idosos na área de atuação, inclusive com a busca ativa dos menos presentes, ou faltosos. Dessa forma, através desse projeto, pretendemos melhorar a qualidade da atenção à saúde ofertada a esta população. A UBS com a implementação desse projeto terá, fornecido oportunamente ações de avaliação global da pessoa idosa como: avaliações acerca de (1) alimentação, (2) acuidade visual, (3) acuidade auditiva, (4) sexualidade, (5) vacinação, (6) depressão, (7) quedas (risco de), (8) habilidades funcional e cognitiva. Ainda será possível trabalhar na atenção primária as doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da área de abrangência da UBS/ESF Isaías Domingos de Queiroz “Posto de saúde de Tanquinhos”, Lucrécia/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 (doze) semanas na Unidade de Saúde da Família Isaías Domingos de Queiroz “Posto de saúde de Tanquinhos”, no Município de Lucrécia/RN. Participarão da intervenção todos os idosos (maiores que sessenta anos), enquanto “foco” do projeto,

envolvendo cerca de doze funcionários da ESF entre as várias funções/cargos no auxílio e preparação/ execução das tarefas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Cobertura

Eixo: monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Capacitar a equipe, para realizar o monitoramento da cobertura que envolverá o acompanhamento dos atendimentos clínicos e participação dos ACSs para monitorar mensalmente. Inicialmente um primeiro treinamento com o médico e a equipe, no conselho comunitário local, após isso, sempre que houverem dúvida coletivas, ou novos integrantes na equipe.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Realizar o acolhimento de todos os idosos que procurarem a UBS com alguma necessidade, assim como o acolhimento dos idosos com as consultas agendadas. Realizar com toda a equipe o cadastramento de 100% dos idosos da área de abrangência, o qual será realizado no espaço de acolhimento da UBS, a cada nova consulta dos acamados realizando visitas domiciliares. Atualizar as informações do SIAB (enfermeira), semanalmente.

Eixo engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Informar a comunidade através dos meios de comunicação, como a rádio local e blogs do município, e também utilizar a sala de espera e as ACS serão apoiadoras na divulgação sobre a existência do Projeto implementado para melhoria do acompanhamento dos idosos, assim como a importância do cuidado periódico para a prevenção de agravos. De forma contínua.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Reunir a equipe e realizar a leitura dos manuais do Ministério da Saúde sobre a saúde do Idoso, garantido uma qualificação da equipe para a realização do acolhimento e dos cuidados com o Idosos em geral. Capacitar os ACS para a realização de busca ativa de todos os idosos cadastrados para a visita periódica à UBS, assim como aqueles que faltam as consultas ou atividades do Projeto. Garantir durante a reunião da equipe, através de leitura, que todos conheçam a Política Nacional de Humanização, garantido que tal política seja de fato implementada no nosso serviço. De forma contínua.

Qualidade

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Realizar na reunião da equipe a capacitação para Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, e através da ficha espelho manter os dados registrados, garantindo também que a mesma seja realizada anualmente, pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: Realizar o aperfeiçoamento e melhoria do exame clínico do médico através das leituras dos manuais do Ministério da saúde sobre saúde do idoso, para que o exame clínico seja realizado periodicamente, e garantindo o registro do exame no prontuário, a cada nova consulta; pelo(a) médico(a).

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

Detalhamento: Realizar os registros na ficha espelho dos resultados dos exames realizados, para que o monitoramento seja realizado continuamente,

garantido que o idoso não fique sem a realização dos novos exames no período determinado. A cada nova consulta, realizada pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: A farmácia popular já existe no município, e a equipe de saúde já trabalha com a prescrição dos medicamentos da farmácia popular para todos os usuários do serviço de saúde do município. Todo o idoso que pegar o medicamento na farmácia deverá retornar ao balcão da recepção para que se registre esta ação no prontuário. Realizado a cada nova consulta, pelo médico(a) e enfermeiro(a) da equipe.

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Capacitar a equipe e especialmente os ACS na reunião para garantir o cadastramento dos idosos acamados, orientando a toda equipe de novos cadastros de casos novos de idosos acamados, através da busca ativa e visitas domiciliares. Realizada conforme agenda, pelos ACSs, médico(a) e enfermeiro(a).

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

Detalhamento: Destinar um turno de atendimento para visitas domiciliares dos acamados, com periodicidade quinzenal, e com agendamento prévio dos nomes dos idosos, garantido que não haja falha nos atendimentos aos idosos que não podem comparecer à UBS, e tampouco necessitar que o cuidador tenha que solicitar a visita somente em caso de necessidade. A cada mês, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Verificar a PA de todos os idosos que comparece a UBS e fazer o registro no prontuário e caderneta do idoso, a fim de que todos os casos novos de HAS sejam diagnosticados. A cada visita à unidade ou domiciliar, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) ou técnico de enfermagem da equipe.

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

Detalhamento: Realizar exames de rastreamento de DM para todos os idosos anualmente, sempre mantendo o registro na ficha espelho e prontuário do idoso. A cada 6 meses, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: O profissional de Saúde bucal fará uma ação para uma avaliação geral de todos os idosos. Faremos em 2 turnos de atendimento, e após a avaliação o idoso deixará a UBS com a próxima consulta odontológica marcada para a realização dos procedimentos necessários. A cada nova visita, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Manter a ficha espelho preenchida com os dados da avaliação e data da próxima consulta. Cada mês, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os materiais para realização da Avaliação Multidimensional Rápida já estão disponíveis na UBS, e pactuaremos com a gestão apenas cópias das fichas espelhos, e livros para registros dos idosos. Pela equipe e pelos gestores, em reuniões na SMS, sempre que necessário.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Na reunião para capacitação da equipe, definiremos a atribuição de cada profissional. O médico fará a avaliação clínica dos diversos órgãos, a enfermeira poderá avaliar memória, através do MEEM (Mini Mental State Exam – Folstein et al, 1975) e depressão, através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) de Sheikh & Yesavage (1986). Aferições de PA e glicemia pelas técnicas de enfermagem, peso e altura com o educador físico, avaliação nutricional

pela nutricionista, avaliação de saúde bucal com o Odontólogo e a auxiliar de Saúde Bucal; os ACS estarão realizando a organização do setor e dos idosos.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: A realização de exames no município, já estão bem estabelecidos na logística diária de atendimentos. Temos um laboratório para exames de rotina, e os exames de média e alta complexidades já são realizados de forma sistemática em outras redes de serviços pactuados com o gestor do município, sempre que há necessidade. Portanto, somente reforçaremos tal necessidade com o gestor para a implantação do Projeto. Deixar os registros dos exames realizados na ficha espelho e prontuário a fim de que sejam detectados quando não houve a realização do exame pelo paciente, servindo de alerta. Acada nova consulta/ visita, pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A UBS conta com uma farmácia equipada com as medicações básicas de uso rotineiro, incluindo medicamentos para HAS e DM; todos os estoques e planejamento de compra de medicamentos é realizada por um Farmacêutico, e uma auxiliar de farmácia os quais trabalham diariamente mantendo o cuidado no controle de estoque, retirada de medicamentos vencidos e entrega geral aos pacientes, e sendo assim não teremos dificuldade em implantar tal ação no Projeto. Pelo enfermeiro(a) e farmacêutico(a) da equipe.

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: A equipe realizará os registros de 100% dos idosos incluindo os acamados, e estes destinaremos quatro semanas para a realização de visitas domiciliares, com toda a equipe. Após isso, sempre que houverem novos acamados na área; pelos ACS e enfermeiro(a) e médico(a) da equipe.

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

Detalhamento: Organizar um turno quinzenalmente (toda primeira e terceira terça-feira) visita domiciliar dos acamados e com problemas de locomoção, com agenda organizada com os nomes dos idosos, sendo que cada visita não poderá deixar de ser repetida antes de três meses. Pelo médico(a) ou enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem da equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe para melhorar o acolhimento dos hipertensos; e o material para aferição de PA e outros instrumentos para exame clínico já são disponíveis na UBS. Pelo médico(a) ou enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem da equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe para melhorar o acolhimento dos Diabéticos; e o material para realização de hemoglicoteste já é disponível na UBS. Pelo médico(a) ou enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem da equipe.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para melhoria do acolhimento dos idosos na UBS, garantindo que nenhum idoso deixe de ser atendido ao procurar a UBS. Reforçar na reunião da equipe a importância do atendimento prioritário aos idosos, o qual já acontecesse na UBS. Criar juntamente com o profissional de saúde bucal uma agenda com turnos específicos para atendimento do idoso, maleável, mas com seriedade e frequência mínima semanal.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para melhoria do acolhimento dos idosos na UBS, garantindo que nenhum idoso deixe de ser atendido ao procurar a UBS. Reforçar na reunião da equipe a importância do atendimento prioritário aos idosos, o

qual já acontecesse na UBS. Pelo profissional de saúde bucal segundo agenda, com dois turnos específicos para atendimento do idoso, a cada semana.

Eixo engajamento público

Ação: 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.

Detalhamento: Realizar através da mídia local (rádio, blogs), além de palestras em grupos comunitários, as informações sobre o Programa de saúde do idoso, orientando e esclarecendo a importância dele para a comunidade em geral, permitindo que a comunidade auxilie na redução de faltosos às consultas e ações na UBS. Na sala de espera da unidade, com os idosos e equipe, no mínimo - semanalmente.

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

Detalhamento: Melhorar as orientações realizadas nas reuniões do grupo de idosos e no HIPERDIA sobre as doenças neurológicas e cardiovasculares, e garantir tais orientações individualmente nas consultas de cada idoso que for ao consultório médico. Realizada pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: 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.

Detalhamento: Tais orientações também podem ser dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas. Pelos ACSs, médico(a) e enfermeiro(a) da equipe.

Ação: 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.

Detalhamento: Tais orientações serão dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas. Pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Utilizaremos a sala de espera, a mídia local para informar a existência do Programa, recursos visuais, visitas individuais dos ACS para divulgação.

Ação: 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.

Detalhamento: Utilizaremos a sala de espera para orientação da comunidade, recursos visuais na UBS, Secretária de Saúde e Centro Comunitário e visitas domiciliares individuais pelos ACS, e/ou médico(a) e/ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: 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.

Detalhamento: Tais orientações também podem ser dadas utilizando a mídia local, sala de espera, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos, e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas, por qualquer integrante da equipe.

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

Detalhamento: Tais orientações também podem ser dadas utilizando a sala de espera, a mídia local, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos, e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas, pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: As orientações também podem ser dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas, pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Destinaremos um turno para realizar palestras no grupo de mulheres e convocaremos o centro comunitário, para também realização de uma palestra, assim como reforçaremos nas reuniões do HIPERDIA. Por todos da equipe.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: 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.

Detalhamento: Será realizada uma reunião em dois turnos com a equipe, na qual faremos dentre outras, a leitura dos manuais do Ministério da Saúde sobre Saúde do Idoso, que iremos adotar para realização do Projeto e assim capacitar a equipe para a Avaliação Multidimensional Rápida e reconhecer os casos que necessitem de encaminhamento. Toda a equipe.

Ação: 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.

Detalhamento: Será realizada uma reunião em dois turnos com a equipe, na qual faremos dentre outras, a leitura dos manuais do Ministério da Saúde sobre Saúde do Idoso, que iremos adotar para realização do Projeto e assim capacitar a equipe, especialmente o médico, para realização do exame clínico adequado.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, citando os exames de rotina que devem ser solicitados.

Detalhamento: Capacitar a equipe na reunião que faremos, apresentando os Protocolos do Ministério da Saúde e orientando a importância de seguir o protocolo continuamente, pelo médico(a) da equipe.

Ação: 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

Detalhamento: Realizar a leitura do material didático com as novas diretrizes no tratamento de HAS e DM. Toda a equipe.

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe definiremos o início do Projeto com a meta de cadastrar 100% dos idosos. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: 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.

Detalhamento: A capacitação dos ACS será realizada na reunião com a apresentação dos Protocolos do Ministério da Saúde. Pelo(a) médico(a), sempre que haja necessidade (inclusive ingresso de novos integrantes).

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

Detalhamento: Realizar leitura do protocolo de Saúde do idoso juntamente com toda a equipe, para aprimorar o uso do adequado do manguito. Sempre que necessário.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe na reunião que será realizada com toda a equipe da necessidade do cuidado com os pacientes com PA sustentada e HAS. Sempre que necessário; toda a equipe.

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

Detalhamento: Solicitar que a equipe de saúde bucal oriente a equipe durante a capacitação a ser realizada, para que a esta esteja preparada para dar informações sobre saúde bucal aos idosos e verificar minimamente a necessidade de tratamento odontológico. Pela equipe de saúde bucal.

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: A capacitação da equipe para as atividades, será realizada a partir da leitura dos Protocolos do Ministério da Saúde durante a reunião da equipe. Orientar a equipe de saúde bucal da necessidade da primeira consulta odontológica programática, que significa fazer de forma detalhada a anamnese, exame clínico e posteriormente plano de tratamento. Toda a equipe, sempre que necessário, no mínimo anualmente.

Adesão

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Manter o registro em livro de registro e ficha espelho das consultas de todos os idosos, mantendo uma rotina de consulta semestral para os idosos que não apresentam HAS e DM, e para aqueles que são DM e/ou HAS a cada três meses; garantindo que um profissional, fique responsável por monitorar os registros. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Garantir que o ACS realize as visitas em busca de faltosos e agende a visita com toda a equipe ou consulta na UBS. Permitir um ou dois espaços na agenda para acolher os idosos oriundos da busca ativa. ACSs e pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe

Eixo engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos

idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Utilizar o grupo de idosos para as informações e trocas entre equipe e comunidade. Disponibilizar uma caixa de sugestão na UBS para receber as críticas, dúvidas e sugestões da comunidade em relação ao Programa. Todos da comunidade e da equipe.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe estabeleceremos consultas semestrais para os idosos, sendo trimestrais para os idosos com HAS e/ou DM; treinando em tempo para os ACS. Toda a equipe, mensalmente.

Registro

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe ficará responsável por monitorar os livros de registros e fichas espelhos dos idosos, garantindo a qualidade dos preenchimentos desses importantes registros.

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

Detalhamento: A caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será disponibilizada a todos os idosos, e as mesmas será preenchida por cada profissional que atender ou realizar qualquer procedimento no idoso; sendo, portanto, função de toda equipe. Daremos continuamente orientação aos idosos sobre a importância do uso da Caderneta sistematicamente.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os dados do SIAB atualmente são implantados e continuarão sendo, pela técnica de enfermagem. A enfermeira fará o monitoramento dos registros, livros, ficha espelho, agenda de consultas, realização de exames; não desobrigando todos os membros da equipe. O acompanhamento da ficha espelho será a forma de identificar e alertar sobre os idosos em atraso nas consultas.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para solicitar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Utilizar a sala de espera, grupo de idosos e recursos visuais em pontos estratégicos (UBS, secretaria de saúde) sobre as informações dos registros pessoais da comunidade e o acesso a tais registro. Todos da equipe.

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

Detalhamento: Realizar a informação em todas as situações, como trabalho educacional, sobre a importância de portar a caderneta do Idoso, em reuniões, palestras, individualmente nos atendimentos de rotina, nas visitas domiciliares pelos ACS.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Garantir que toda a equipe durante a reunião para a capacitação sai apta a realizar os registros e entendendo a importância de tais registros.

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

Detalhamento: Garantir que toda a equipe durante a reunião para a capacitação sai apta a realizar os registros e entendendo a importância de tais registros.

Avaliação de risco

Eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Registrar os dados adequadamente do exame físico e anamnese, no prontuário e ficha espelho, de todos os idosos com maior risco de morbimortalidade, a fim de que sejam monitorados de forma adequada. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Observar o idoso com indicadores para fragilização durante a avaliação Multidimensional Rápida e nas consultas de rotina, deixando o registro na ficha espelho e livro de registro na UBS. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Realizar a investigação durante a Avaliação Multidimensional Rápida e através dos ACS, a fim de que sejam monitorados continuamente, assim como a equipe realize as ações naqueles idosos com problemas na rede social. Pelos ACSs, médico(a), ou enfermeiro(a) da equipe

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Destinar na agenda de atendimento sempre um espaço para as consultas ou procedimentos de forma urgente para os idosos com maior risco de morbimortalidade. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Ação: Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar o acolhimento adequado dos idosos com maiores fragilidades, e destinar na agenda um espaço para os atendimentos prioritários. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Agendar as visitas domiciliares de forma sistemática, quinzenalmente, garantindo que as visitas sejam realizadas sem a necessidade de solicitação por partes dos familiares, assegurando que os idosos com rede social deficiente não fiquem sem visitas, e garantindo também as consultas agendadas pela equipe para tais idosos. Pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento durante as consultas, visitas domiciliares, e participação no grupo de idosos para promoção de saúde. Pelo(a) ACSs, médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Orientar os idosos durante as consultas, visitas domiciliares, e palestras realizadas para promoção de saúde. Todos da equipe.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Realizar divulgação do Projeto nos centros comunitários, com as orientações sobre o atendimento prioritário. Solicitar o apoio dos grupos, serviço

social, centro comunitário, igreja, escolas, para realização de atividades que contemplem os idosos como música, artesanato, culinária etc. Todos da equipe.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar na reunião da equipe a capacitação para identificação e registro adequado dos fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Pelo(a) médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Realizar na reunião da equipe a capacitação para identificação e registro adequado dos indicadores de fragilização na velhice. Que a equipe consiga minimamente identificar: desregulação neuroendócrina, alteração neuromuscular e disfunção do sistema imunológico. Pelo(a) médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Realizar na reunião com a equipe juntamente com os ACS, figura importante nesse aspecto, a capacitação para identificarmos a rede social dos idosos, através do conhecimento dos ACS e durante Avaliação Multidimensional Rápida.

Promoção à saúde

Eixo monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Realizar avaliação nutricional durante a Avaliação Multidimensional Rápida, identificando o número de idosos com alterações nutricionais, e registrando tais idosos para ações, juntamente com a nutricionista do NASF. Pactuar com a mesma, palestras para orientação de hábitos de alimentares saudáveis durante as ações de promoção do projeto. Todos da equipe.

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

Detalhamento: Realizar palestras e orientar individualmente cada idoso sobre a prática de exercício físico, mantendo os registros daqueles que realizam atividade física. Avaliar cada idoso e atestar a possibilidade de prática de atividade física. Pelo educador físico do NASF.

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Capacitar a equipe na reunião para monitorar a realização de atividades educativas individuais, sobre hábitos de vida saudável, prática de exercício e importância da participação no Projeto. Pelo educador físico.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Realizar a reunião da equipe com a participação da Nutricionista do NASF, definindo seu importante papel na capacitação da equipe para que a mesma fique preparada para realizar todas as orientações aos idosos.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação para realização de atividade física.

Detalhamento: Realizar a reunião da equipe com a participação do Educador Físico do NASF, definindo seu importante papel na capacitação da equipe para que a mesma fique preparada para realizar todas as orientações aos idosos. Realizar reunião com o gestor a fim de conseguir parcerias para melhoria das atividades físicas, como equipamentos de atividade física, construção de piscina para a prática de hidroginástica. Todos da equipe e educador físico do NASF.

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

Detalhamento: Organizar a agenda com as consultas marcada em um tempo médio de 30 minutos, a fim de que a consulta seja realizada com tempo hábil para todas as orientações individuais. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

Eixo engajamento público

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, mídia local, grupo de idosos, e individualmente nas consultas. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, grupo de idosos, mídia local, e individualmente nas consultas. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, mídia local, grupo de idosos e individualmente nas consultas odontológicas sobre a importância da higiene bucal e próteses dentárias. Motivar e aderir a equipe de saúde bucal para esta ação. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe, e/ou odontólogo da equipe.

Eixo qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião semestral com a equipe, juntamente com a nutricionista, para realizar a leitura dos "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" assim capacitando a equipe para a orientação nutricional dos idosos. Solicitar com o gestor cópias desse material.

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

Detalhamento: Realizar na reunião da equipe, leitura dos manuais do Ministério da Saúde sobre saúde do idoso, a fim de capacitar a equipe, juntamente com o educador físico, para orientar os idosos, em relação a prática de exercício físico. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe.

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

Detalhamento: Realizar na reunião da equipe leitura dos Manuais do Ministério da Saúde, sobre higiene bucal e próteses dentárias, juntamente com o profissional de Saúde Bucal, para capacitar a equipe nas orientações aos idosos. Solicitar o apoio da equipe de saúde bucal para esta capacitação. Pelo médico(a), e/ou enfermeiro(a) da equipe, com toda a equipe.

2.3.2 Indicadores

De acordo com objetivos formulados para a implantação do Projeto em Saúde do Idoso, estabelecemos as metas a serem alcançadas. Ao mesmo tempo necessita-se ter um controle de cada meta a ser alcançada, e para isso utilizamos os indicadores, os quais servem para o monitoramento das ações. Através dos indicadores, a equipe de ESF acompanha o desenvolvimento das ações, onde e quando serão realizadas. O indicador é escrito de forma numérica, caracterizado por um Numerador/Denominador.

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

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

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: número de idosos cadastrados no programa.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS.

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

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

Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade nas consultas aos pacientes diabéticos.

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

Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado em dia. Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Denominador: número de idosos cadastrado

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

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

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: número de idosos cadastrado no programa

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: número de idosos com primeira consulta odontológica realizada.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa

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

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

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

Numerador: número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

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

Numerador: número de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.
Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia. Denominador:
Número de idosos cadastrados no programa.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

Indicador 6.2: Proporções de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

Indicador 6.3: Proporções de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

2.3.3. Logística

A intervenção a ser realizada em nossa UBS (em Lucrécia-RN) será na ação programática 'Saúde da Pessoa Idosa'. Para realização dessa intervenção adotaremos o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicado no ano de 2010. O projeto consistirá na organização do atendimento ao usuário idoso na UBS de forma que se passe a ter melhoria não atendimento qualitativamente, implicando ainda melhoria nas ações de promoção e

prevenção de doenças. As ações terão início com a capacitação da equipe para todas as ações programadas/previstas, sendo realizada reunião inicial para detalhamento do projeto de intervenção, seguida de capacitação, agendadas respectivamente para os dias 17 e 24 de março de 2015, das 8h às 12h, e, das 14h às 17h com toda a equipe da UBS.

Iniciaremos as atividades apresentando o Manual Técnico adotado para a equipe, distribuindo na sequência cópias deste e realizando leitura coletiva dos seus principais pontos. Após a capacitação temos como um dos objetivos a capacitação dos agentes comunitários de saúde que – então – deverão estar aptos a fazer um ‘novo’ e adequado cadastro dos idosos da área nos registros da UBS a fim de assegurar que teremos 100% de cobertura. A equipe será ainda instruída sobre o acolhimento à pessoa idosa na UBS; disponibilizaremos um turno de atendimento (de conhecimento de todos), pela manhã, nos dias de terça-feira. Além desse dia de atendimento exclusivo, a equipe deverá ainda ser também capacitada a acolher o idoso e assegurar o seu atendimento prioritário, realizando a escuta inicial e permitindo o atendimento em casos de doenças agudas independente do dia de consulta previamente agendada, e com o idoso deixando a UBS sabendo o dia de sua próxima consulta (agendamento oportuno e adequado).

As ações que serão implementadas no projeto e a importância de cada ação, deverão ser divulgadas pelos membros da equipe, por meio de panfletos e “carros de som” nas ruas e por meio dos blogs do município, além de divulgação em igrejas e centros comunitários, a fim de que a comunidade se mobilize e tenhamos ajuda no que diz respeito a não evasão dos usuários do projeto, iniciando o processo de conscientização dos idosos e familiares sobre os fatores de riscos envolvidos para patologias clínicas nessa faixa etária, a importância da realização de exame clínico, exames laboratoriais e consulta odontológica periódicos.

Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira elaborarão ficha espelho com todos os indicadores a serem coletados, passando ainda a ter um livro de registro com todos os idosos cadastrados. Estimamos alcançar com a intervenção o total de 143 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 143 fichas-espelho necessárias que serão anexadas ao prontuário dos pacientes para o acompanhamento; além de um livro registro onde serão anotados o nome de todos os idosos, com as datas das consultas, de fácil consulta, de forma que

conseguiremos monitorar os faltosos, facilitando o trabalho dos ACS na busca ativa desses usuários. Da mesma forma o acompanhamento da saúde bucal nos idosos, será acompanhada com o livro registro, além da ficha espelho que será produzida pelo odontólogo na equipe.

Faremos um dia “D” (programado para o dia 10 de março de 2015) em que todos os idosos da área serão convocados para comparecerem à UBS, previamente convidados pelo ACS e via meios de comunicação, associação de moradores etc. Neste dia todos os idosos serão apresentados ao projeto e convidados a participar. Para tanto, teremos que todos os idosos serão submetidos à Avaliação Multidimensional Rápida pelos profissionais previamente capacitados: médico, enfermeira, técnica de enfermagem e o odontólogo, e será assegurado pela gestão, os materiais como: balança, glicosímetro, fita métrica etc., para realização dos exames necessários. Todos os dados captados serão organizados na ‘ficha espelho individual’ de cada idoso e na ‘caderneta do idoso’ (Já disponíveis na UBS em quantidade suficiente)

Para o acompanhamento contínuo e mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, e a enfermeira fará a revisão do livro de registro a fim de identificar os idosos que porventura venham a faltar às consultas, ou que estão com exames em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A Intervenção de Melhoria da Saúde do idoso na UBS de Lucrécia/RN foi uma escolha da Equipe de Saúde da Família da UBS – Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”), em virtude de não existir previamente um atendimento organizado e um acompanhamento adequado dos idosos da nossa área de abrangência, apesar da importância que é exigida quando se fala em idosos.

Há algumas semanas planejamos a intervenção, e com o material disponibilizado pelo curso a equipe buscou disponibilizar os materiais necessários: ficha espelho, cronograma, e planejar o “acolhimento”. Em reunião apresentamos o projeto à equipe explanando os objetivos e as metas, juntamente com o Caderno de Atenção Básica que versa sobre Saúde do Idoso; fizemos uma leitura dos principais pontos, como a Escala de Depressão Geriátrica e Mini Mental, artifícios que utilizamos na Avaliação Multidimensional Rápida. Nas reuniões iniciais realizamos o planejamento sobre a divulgação do Projeto nas mídias locais como a rádio e os blogs, além da divulgação na sala de espera da UBS, e finalmente planejamos o cadastro dos idosos.

A Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo saúde do idoso e Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos, foram realizadas logo no início nas primeiras reuniões com a equipe e considero as ações mais fáceis de serem executadas, incluindo também o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. O contato com lideranças comunitárias e com o programa saúde no rádio para falar sobre a importância da ação programática da saúde do idoso solicitando apoio para a captação dos idosos e para as demais estratégias que seriam implementadas, foi outra ação muito bem executada por ser simples de realizar e recebemos imperativamente ajuda dos líderes comunitários e gestores.

A trajetória da intervenção foi dificultada por alguns imprevistos, como a ausência inicial da dentista que ficou algum tempo afastada por problemas de saúde. Situações que nos fizeram posteriormente reunir a equipe e reorganizar o cronograma/ trabalho. Frisamos a importância do cronograma que nos direcionou para o cumprimento das atividades.

O Cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa, foi nossa primeira grande dificuldade, por questões de logística e de grande demanda de tempo, especialmente para os acamados e os mais idosos que não tinham cuidadores “orientados”, conseguindo completar apenas o cadastro de todos nas últimas semanas de intervenção.

Tentamos, contudo, manter sempre a mesma determinação do início – e julgo que conseguimos – no decorrer das semanas e das atividades normais, fomos intercalando os idosos e os atendendo de forma adequada. Conseguimos por fim os almejados 100% de cadastro dos idosos, porém passamos por algumas dificuldades durante a realização da intervenção, como: reorganizar a agenda da UBS, o afastamento da Odontóloga por problema de saúde, a adesão dos idosos, Reforma da unidade com mudança para outra em outra área vizinha, mas algo distante o que dificultava a locomoção da população; dificuldades essas que agora podemos afirmar que foram superadas no decorrer das semanas.

Durante as consultas realizávamos o exame clínico apropriado para os idosos, solicitávamos os exames complementares para aqueles hipertensos e/ou diabéticos conforme a necessidade, priorizávamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular e os idosos hipertensos eram rastreados para o diabetes e executávamos os devidos registros na caderneta do idoso, na ficha espelho e nos prontuários. Os idosos acamados e com problemas de locomoção, conseguimos cadastrar, de forma tranquila através de visitas domiciliares, mesmo antes do previsto no cronograma. Analisávamos sempre a rede social, a fragilização na velhice e avaliação de risco para morbimortalidade para todos, sendo necessária em alguns casos a ajuda da equipe de assistência social do município. Essa experiência foi bem interessante, pois conseguimos nesses casos melhorar o conhecimento sobre cada idoso, o que amplia nossa visão sobre cada um e suas patologias.

Para o grupo de idosos não tivemos dificuldades, pois bastou a reativação, diria “reanimação” do grupo já existente, feita com muito prazer – pois percebemos o resultado produtivo desde o primeiro (re) encontro. Com atividades quinzenais, o grupo tornou-se nossa melhor parceria. Solicitamos na rádio uma divulgação com o horário e reforçar o convite para as primeiras reuniões do grupo. Inclusive influenciou e não termos nenhum idoso faltoso às consultas pois o elo entre eles todos faziam cada um incentivo ao outro.

Além de tudo isso, ainda tivemos que todas as ações previstas na forma de orientações aos idosos (hábitos saudáveis de alimentação, prática de atividades físicas regulares e cuidados com a saúde bucal) foram realizadas de forma integral tanto aos idosos quanto para seu cuidador, caso existisse, conforme a sua classificação de dependência (independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente). Podemos então afirmar que todas as ações do Projeto foram realizadas, sendo que algumas delas dentro do tempo/ prazo programado, outras com algumas dificuldades, como o atendimento odontológico.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista deixou de ser realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Conforme eram atendidos e cadastrados nas fichas próprias, os idosos também eram (concomitantemente) inseridos em nossa planilha de coleta de dados fornecida pelo curso para registro e criação de indicadores. Todas as informações eram dispostas e atualizadas semanalmente, a cada nova consulta/ retorno, e a cada nova atualização da planilha eram registrados os usuários “novos” da semana vigente. Os dados mensais, a cada quatro semanas, eram somados aos anteriores sendo transferidos para o mês vigente, seguinte, na planilha. Consideramos a tarefa prática, útil, e simples de executar dada a facilidade e disposição existentes na planilha, permitindo que as informações sejam trabalhadas facilmente, tendo ainda automaticamente o cálculo dos indicadores desejados. É claro que somos passíveis de erros e, em alguns momentos ocorreram problemas de digitação que ocasionavam alterações nos indicadores que ultrapassavam o limite óbvio de 100%, mas, foram corrigidas constantemente com o apoio das orientações recebidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas na intervenção foram totalmente cumpridas e, sobretudo incorporadas à rotina da UBS/ESF, viabilizando a independência dele com relação aos atores iniciais (dentre os quais me insiro), haja vista ele ser parte do processo

de trabalho da nossa equipe, do nosso serviço. Essa é então de fato uma melhoria no atendimento para o idoso de nossa área de abrangência.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste capítulo faremos a apresentação dos resultados obtidos após a intervenção. Para uma melhor compreensão dos resultados faremos uma descrição com a seguinte sequência: objetivo, meta, indicador e por fim será realizada a descrição dos resultados com os percentuais e os respectivos quantitativos em números absolutos.

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

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

Na unidade de saúde Isaiás Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinho”) em Lucrécia/RN, até o início da Intervenção com foco na Melhoria de Atenção à Saúde do idoso, não existia nenhum tipo de atendimento prioritário para os idosos. O atendimento era realizado de acordo com a livre demanda e não existia acompanhamento regular e organizado. Sendo assim, não existiam registros organizados dos atendimentos, a cobertura de quantos idosos eram atendidos na unidade não era possível saber. O cadastramento da população idosa da unidade ocorreu durante toda a intervenção, ou seja, durante as doze semanas. No primeiro mês, conseguimos uma cobertura de 25% (32 idosos), no segundo mês seguimos com 49,2% (63 idosos) e no terceiro mês nossa meta foi então cumprida e conseguimos 100% (128 idosos). O gráfico 1 mostra a evolução da cobertura dos idosos durante os quatro meses de intervenção.

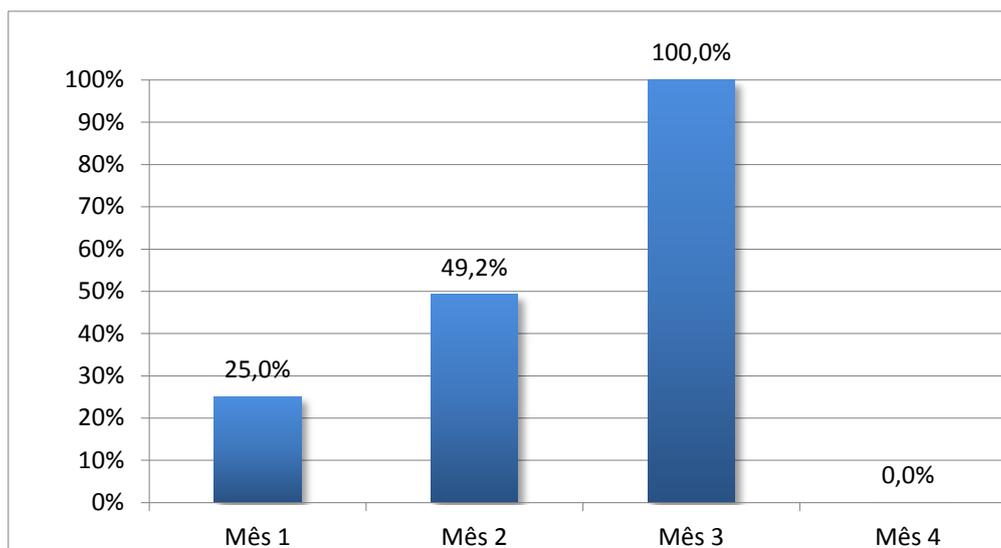


Figura 8: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

A meta prevista de 100% de cobertura foi possível atingir pelo engajamento da equipe na intervenção. As ACS foram fundamentais e incansáveis na localização e motivação dos idosos para que participassem de nossa intervenção.

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

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

A Avaliação Multidimensional Rápida é um instrumento utilizado para conhecermos o idoso que cadastramos, através de questionamentos sobre a saúde mental, sexualidade, doenças existentes, estado nutricional, dentre outros. Sendo um instrumento de extrema importância para o acompanhamento regular do idoso na unidade de saúde. Conseguimos realizar a Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados ao final dos quatro meses de intervenção, onde abordamos 29 idosos (90,6%) no primeiro mês, 60 idosos (95,2%) no segundo e 128 idosos (100%) no terceiro mês. Esta ação era exclusiva do médico da unidade, que durante as consultas procurou valorizar e realizar a avaliação preconizada pelo Ministério da Saúde. Tivemos dificuldade com alguns usuários, não coincidindo o percentual com o total atendido nos primeiros meses, pois precisamos para alguns idosos trazer os cuidadores “de fato” para poder nos ajudar na captação dos dados/questionamentos.

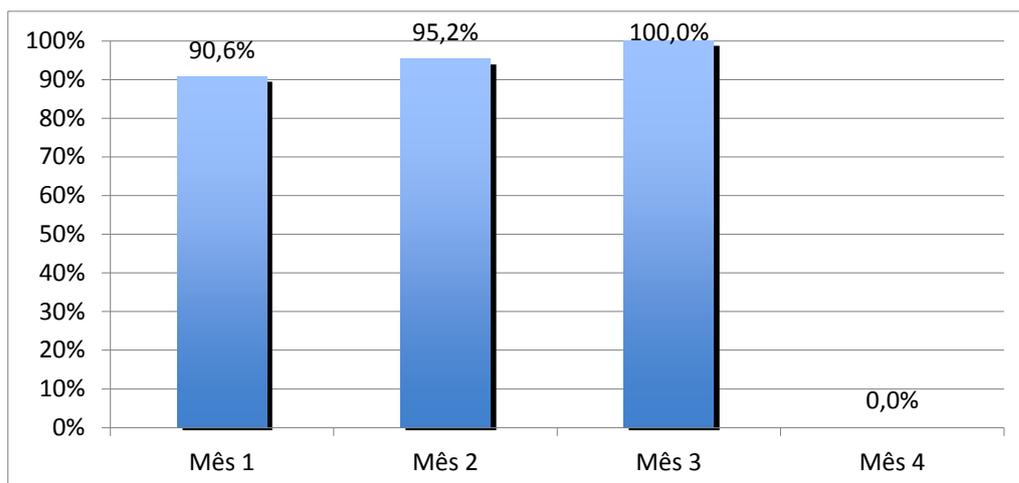


Figura 9: Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na unidade básica de saúde Isaias Domingos de Queiroz ("Posto de saúde de Tanquinho") em Lucrécia/RN.

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

O exame clínico apropriado é o primeiro passo para o acompanhamento adequado do idoso. A partir dele o profissional consegue observar com cuidado toda e qualquer alteração física e/ou mental, o que é fundamental para o conhecimento daquele paciente que será acompanhado continuamente. Através do exame físico, detectamos doenças preexistentes ou algumas alterações que devam ser visualizadas sejam elas patológicas ou não. Sabendo da importância do exame clínico para conhecer o idoso, marcamos todos os idosos cadastrados para uma primeira consulta médica na unidade de saúde, e conseguimos atingir a meta de 100% dos idosos com exame clínico em dia durante os quatro meses trabalhados, onde abordamos 32 idosos no primeiro mês (100%), 63 no segundo (100%) e 128 no terceiro mês (100%).

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

Os idosos com HAS e diabetes são usuários que exigem um acompanhamento mais rigoroso e um cuidado especial para que tenhamos menores taxas de morbimortalidade, já que são doenças silenciosas e trazem muitas complicações. Nesse aspecto, conseguimos entender rapidamente a importância do

controle adequado desses usuários. Assim, para 100% dos idosos (22 de 26 (84,6%) no primeiro mês, 33 de 38 (86,8%) no segundo e 54 de 54 (100%) após o terceiro mês, foram solicitados os exames complementares necessários para o acompanhamento adequado. Neste aspecto não tivemos nenhuma dificuldade para atingir a meta já que contamos com um laboratório de análises clínicas no município e a realização dos exames é rápida e eficaz.

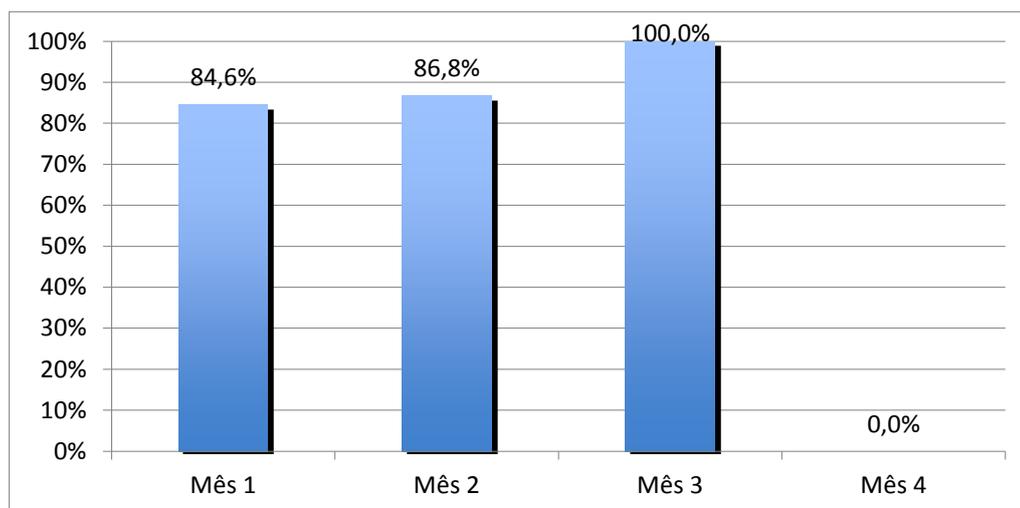


Figura 10: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade básica de saúde Isaiás Domingos de Queiroz ("Posto de saúde de Tanquinhos") em Lucrécia/RN.

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

A prescrição de medicamentos para os idosos da farmácia popular é uma realidade que já era previamente praticada no município. A população é muito carente e, sem dúvida, é fundamental a existência desse tipo de serviço. Facilmente conseguimos realizar a priorização e obter 100% da meta durante os quatro meses, sendo 25 de 32 (78,1%) no primeiro mês, 39 de 63 (61,9%) no segundo e 128 de 128 (100%) já no terceiro mês. Tivemos uma queda no segundo mês devido ao recadastramento de receitas e a alguns usuários que estavam com receitas de especialistas que não priorizavam as medicações da farmácia popular.

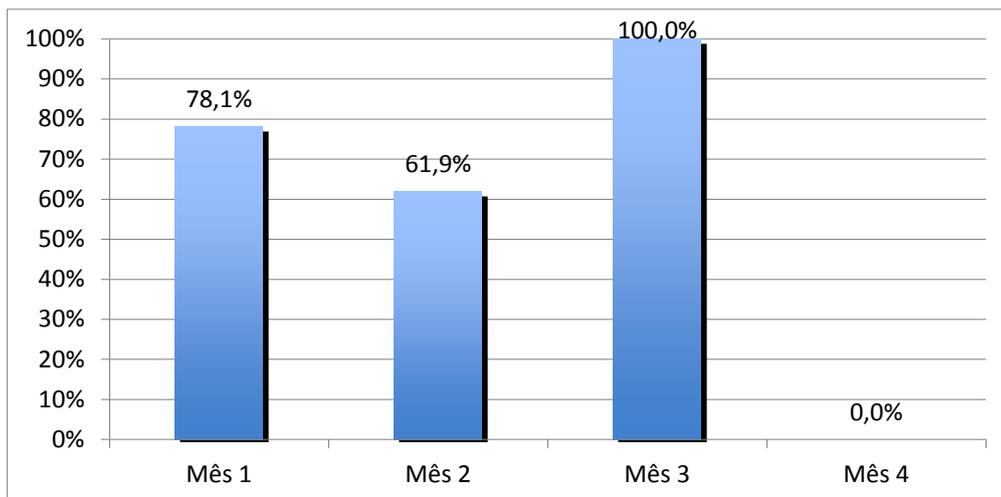


Figura 11: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada dos idosos na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz ("Posto de saúde de Tanquinhos") em Lucrécia/RN.

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

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção possuem uma característica importante: não possuem autonomia de irem buscar atendimento e por isso essa tarefa constitui-se como de propriedade de seus cuidadores, em sua maioria, familiares. O acompanhamento desses idosos não existia com regularidade, e começamos realizando o cadastro através de visitas domiciliares. Não tivemos dificuldades para realizar esse cadastro, pois nossos ACS trouxeram uma lista de idosos acamados e foi feita a programação de acordo com as atividades da semana. A principal vantagem da intervenção foi, sem dúvida, o acompanhamento mais criterioso e os registros na ficha espelho e prontuários, visto que eles que exigem um cuidado rotineiro em virtude de suas morbididades. No primeiro mês cadastramos 9 idosos, um número que representa 81,8% do total; logo no segundo mês chegamos ao total de 11 idosos que já representava 100% do total, atingindo uma das metas que a equipe se dedicou e que colocou como prioritária. Entretanto, por motivo de "mudança"; tivemos mais 2 'novos' idosos acamados que chegaram à área, sendo estes logo cadastrados no terceiro mês, mantendo o indicador em 100%.

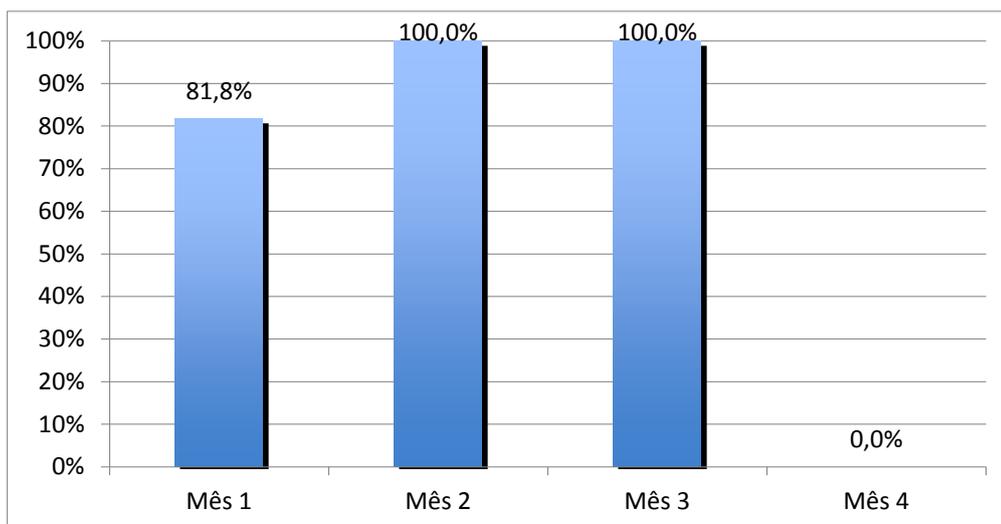


Figura 12: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade básica de saúde Isaiás Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

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

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados, todos em visitas domiciliares. Portanto uma meta que foi alcançada em 100% facilmente uma vez que todos esses idosos tiveram visita domiciliar. Como relatado na meta 2.5, no primeiro mês foram visitados 9 idosos (100%), no segundo mês visitamos 11 idosos (100%) e no terceiro mês 13 idosos (100%), todos cadastrados e com visita em dia.

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

A verificação da pressão arterial é um procedimento importante e faz parte da avaliação de risco (ou triagem) e do exame físico nas consultas médicas em qualquer serviço de saúde. Em nossa unidade de saúde a verificação da pressão arterial é realizada rotineiramente principalmente quando atendemos idosos, um público mais vulnerável. A meta foi atingida em 100% nos três meses da intervenção, facilmente pela própria rotina da unidade, sendo no primeiro mês 32 idosos (100%), no segundo mês 63 idosos (100%) e no terceiro mês 128 idosos (100%).

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

Os idosos hipertensos que foram avaliados na unidade de saúde e apresentavam fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças o acompanhamento desses usuários deve ser semestral segundo o Ministério da Saúde. Assim como a solicitação de exames laboratoriais para rastreamento de outras patologias como diabetes, dislipidemia, insuficiência renal etc. Sabendo a importância desse rastreamento, realizamos os exames laboratoriais em 100% dos hipertensos atendidos na unidade, em todos os meses da intervenção, exceto no primeiro em que dois deles já traziam consigo exames solicitados anteriormente ao início do projeto. Perfazendo 23 idosos hipertensos (92%) no primeiro mês; no segundo mês 33 idosos hipertensos (100%) e no terceiro mês 47 idosos hipertensos (100%).

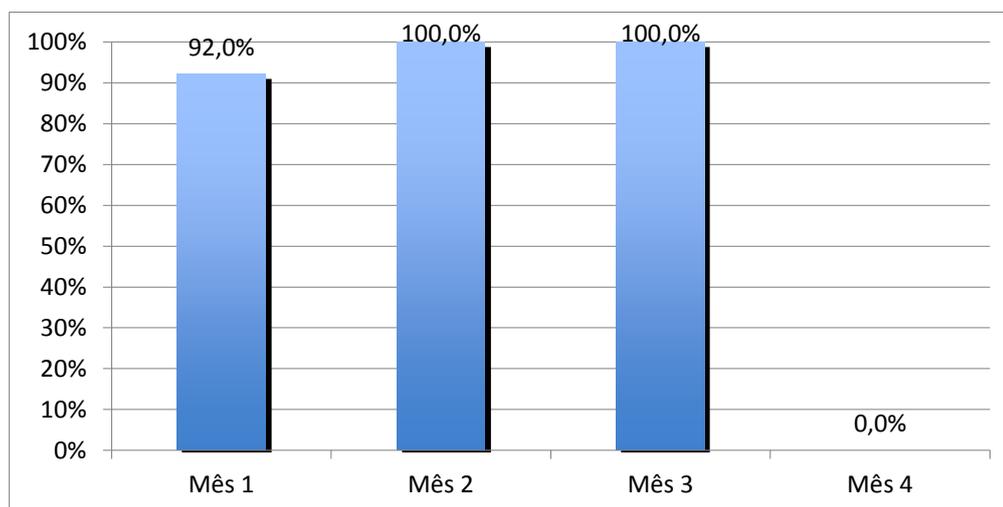


Figura 13 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade básica de saúde Isaiás Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

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

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi uma preocupação da equipe desde o início da intervenção. De início ficamos apreensivos com o déficit de nossa profissional odontóloga que estava de licença médica, não podendo ter atendimentos agendados. Mas isso, entretanto, não nos foi impeditivo para a avaliação inicial, sendo esta realizada em 100% dos idosos: no primeiro mês 32 idosos (100%), no segundo mês 63 idosos (100%) e no terceiro mês 128 idosos (100%).

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

As consultas odontológicas programáticas deveriam ser organizadas de forma que o idoso chegando à unidade de saúde para consulta médica, já pudesse realizar o agendamento para a consulta odontológica. Esse indicador nos causou bastante angústia porque a odontóloga estava de licença médica, não podendo realizar atendimentos tampouco agendamento para tal por um bom período. Porém, após o retorno dela, pudemos rapidamente realizar os agendamentos adequadamente. Nenhum no primeiro mês (0%); 31 no segundo mês (49,2%) e 128 no terceiro mês (100%).

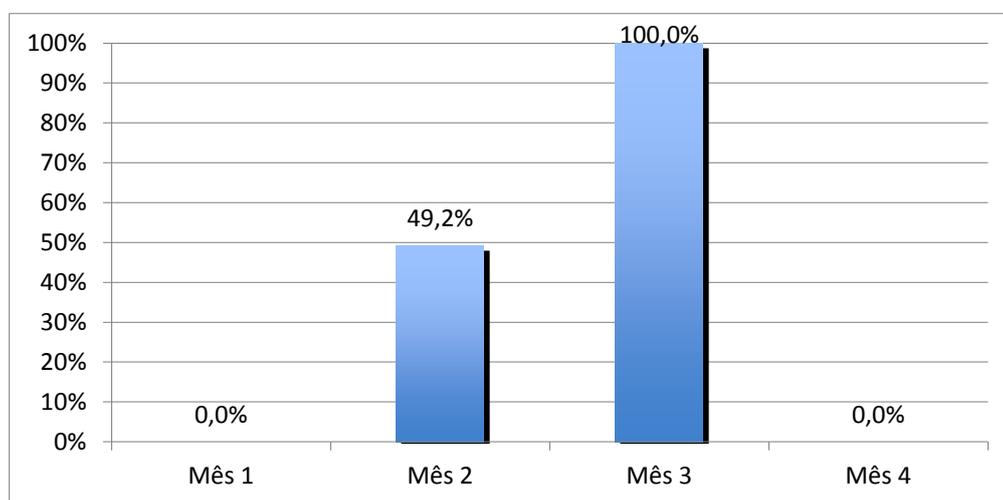


Figura 14: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinho”) em Lucrécia/RN.

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

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

No início, já no treinamento com a equipe, foi estabelecida a importância do trabalho dos ACS para o sucesso da intervenção. Desde momentos iniciais, em que haveria a preparação da lista inicial com os nomes dos idosos que participariam da intervenção (da área adstrita) até o “fim” de todo o processo com a busca ativa dos faltosos e a monitoração dos agendamentos. Uma das necessidades mais importantes nesse íterim é realmente a busca ativa dos idosos faltosos às consultas. Graças ao trabalho e esmero dos ACS conseguimos atingir nossa meta de 100%: nenhum idoso no primeiro mês (zero); apenas 1 idoso no segundo mês (100%) e apenas 1 idoso no terceiro mês (100%). Durante todo o processo apenas

um idoso faltou à consulta agendada, sendo com motivo plausível e rapidamente foi realizada busca ativa resultando na captação do idoso.

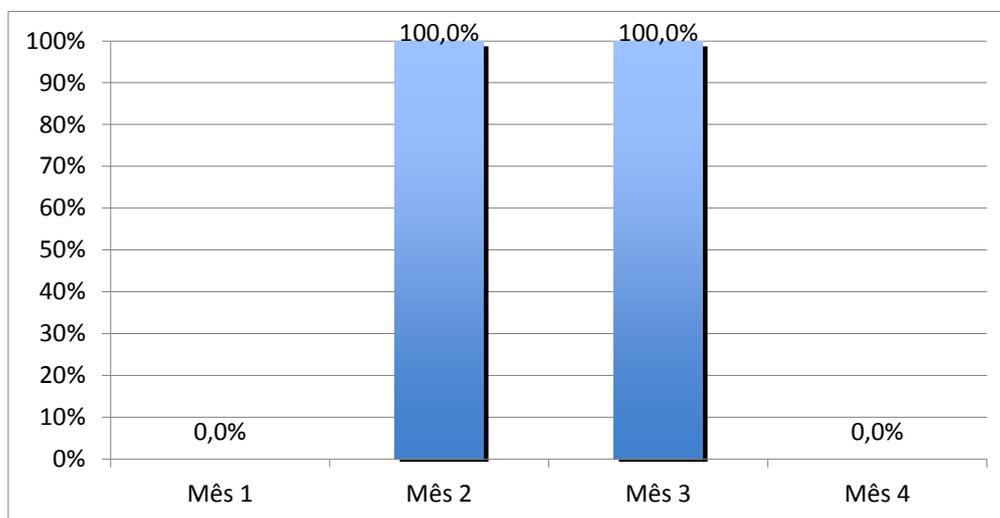


Figura 15: Proporção de idosos faltosos às consultas programadas que receberam busca ativa na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

A ficha espelho é um instrumento de trabalho criado para realizar anotações e dados sobre as avaliações, consultas e exames dos idosos acompanhados na unidade de saúde. Sendo um instrumento muito importante para a qualidade e organização do serviço de atendimento aos idosos. A atualização continuada dos dados dos idosos foi introduzida na unidade de saúde como uma melhoria real da atenção à saúde do idoso, podendo dessa forma – a equipe – ter contatos e dados atualizados dos nossos idosos. Atingimos facilmente a meta de 100%, estando a ficha atualizada para todos os nossos 128 idosos. Sendo 30 no primeiro mês (23,44%); 54 no segundo mês (42,19%) e 128 idosos no terceiro mês (100%).

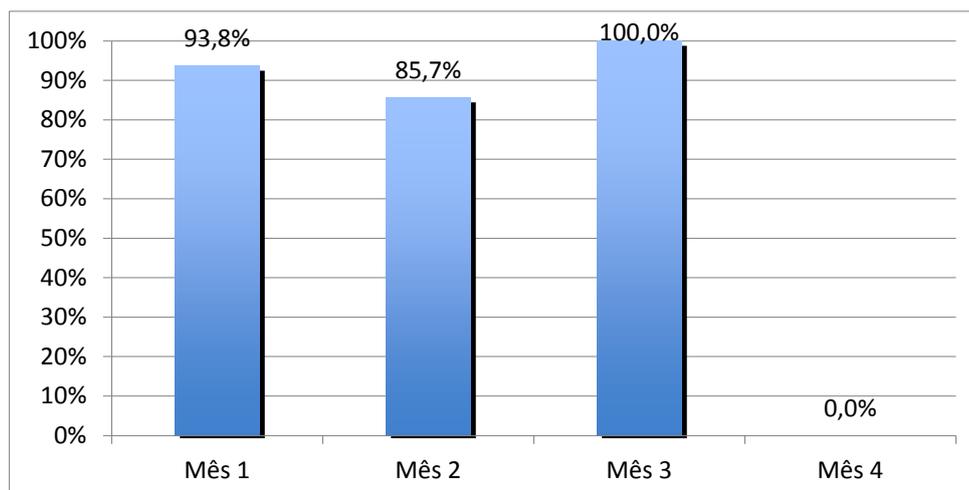


Figura 16: Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia na unidade básica de saúde Isaiás Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

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

A caderneta de saúde da pessoa idosa é um instrumento criado pelo Ministério da Saúde para auxiliar o usuário e a equipe de saúde no acompanhamento dos idosos. A caderneta contém dados do idoso incluindo suas medicações de uso contínuo, seus dados pessoais e a referência de seu cuidador/responsável (quando se aplica), além de anotações de pressão arterial verificada e seus agendamentos de consultas. A caderneta já existia no município, mas não era a maioria dos idosos que a possuíam. Como na UBS já existiam diversas unidades dessa, facilmente entregamo-las aos pacientes atendidos, a exceção de 3 idosos que receberam visita domiciliar não programada e atrasamos um pouco essa entrega. Dessa forma, 100% de nossos idosos portam a carteira do idoso. Sendo 32 no primeiro mês (100%); 60 no segundo mês (95,2%) e 128 idosos no terceiro mês (100%).

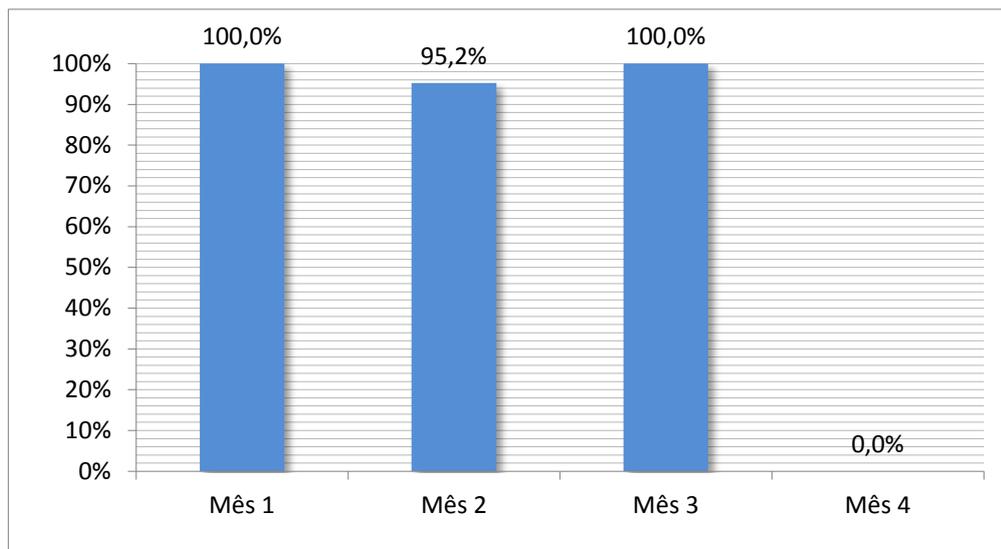


Figura 17: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

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

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

A morbimortalidade em idosos é alta em virtude das patologias crônicas, do próprio envelhecimento, assim como os fatores externos, como quedas e outros traumas físicos, além das doenças agudas como as respiratórias, a exemplo da pneumonia. A avaliação dos idosos engloba o rastreamento de patologias com exames laboratoriais, exame físico cuidadoso e análise da sua rede social. Na unidade de saúde não existia nenhum controle ou registro sistemático desse cuidado com os idosos. A partir do início da intervenção estudamos a necessidade dessa avaliação e foi realizada em todos os idosos atendidos. No primeiro mês com 23/32 idosos (71,9%), no segundo mês um total de 54/63 idosos (85,7%) e no terceiro mês fechamos o total dos idosos 128/128 idosos (100%).

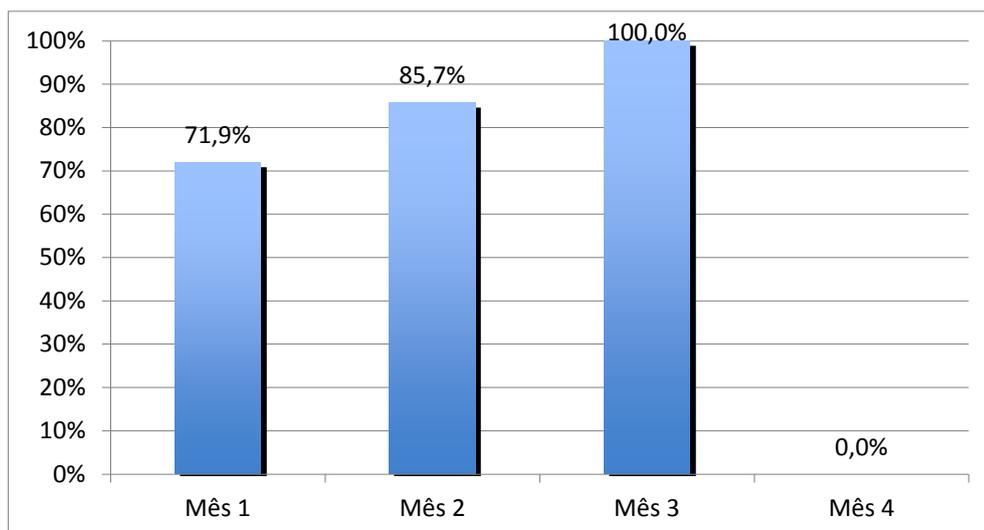


Figura 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade básica de saúde Isaiás Domingos de Queiroz ("Posto de saúde de Tanquinhos") em Lucrécia/RN.

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

Os idosos possuem fragilidades fisiológicas pelo próprio processo de envelhecimento, a própria senescência. São pessoas com musculatura mais frágil, com maiores riscos de quedas por desequilíbrio estrutural, vertigens, hipotensão postural, dentre outros. Sobretudo – entre os idosos – está um número considerável de patologias psiquiátricas como a depressão. Esse fato é devido à mudança de rotina de vida e a perda considerável das habilidades para a realização de suas atividades habituais. Todo esse contexto foi analisado pela equipe, e realizamos esse tipo de avaliação em todos os idosos. Em alguns foi necessária intervenção imediata e ajuda da Secretaria de Ação Social e CRAS. Nesta meta alcançamos 100% ao final do terceiro mês sendo: 93,8% no primeiro mês (30 idosos); 96,8% no segundo mês (61 idosos) e no terceiro mês 100% (128 idosos).

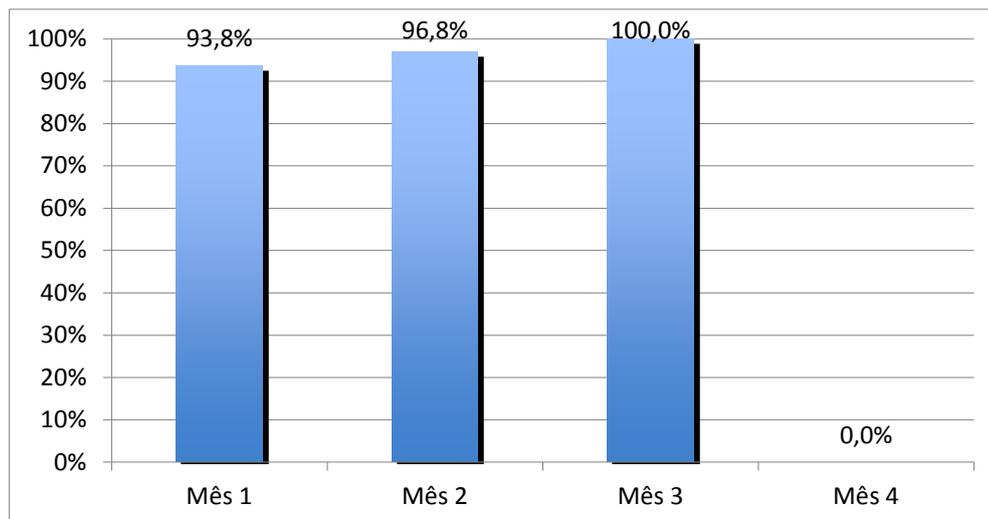


Figura 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

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

A rede social dos idosos engloba bem mais que o ambiente em que eles vivem. O espaço físico em si não representa por completo o que pode ser risco ao idoso, mas devemos também considerar seu risco com relação à falta de cuidado adequado e atenção suficiente por parte de seus familiares e cuidadores. Foi percebido pela nossa equipe que até a implantação da intervenção não existia nenhum tipo de cuidado ou preocupação da unidade de saúde para avaliação da rede social, o que é fundamental para entender algumas patologias e melhorar a possibilidade do diagnóstico e o prognóstico/ sobrevida do paciente idoso. Em nossas visitas observamos diversas inadequações como alguns tipos de maus tratos, pobreza extrema, ausência de cuidadores/ responsáveis (“abandono” relativo); o que foi fundamental para o estabelecimento de algumas condutas e mesmo aperfeiçoar junto à equipe a resolução desses problemas, planejamento e aprendizado tão importante para o seguimento da intervenção e para reestruturação da rotina de nossa unidade. Conseguimos realizar em 100% dos idosos cadastrados essa avaliação, 32/32 no primeiro mês (100%), 63/63 no segundo mês (100%) e 128/128 no terceiro mês (100%); alguns de forma mais sistemática em visitas, outros pela busca e olhares dos ACS, além de em entrevistas com os próprios idosos.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos idosos.

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

A orientação nutricional já fazia parte da rotina da unidade de saúde, seja pela orientação médica, pela enfermeira ou em consulta com nutricionista no NASF. Com o início da intervenção inserimos em nossa rotina essa atividade de forma sistematizada, com o apoio da nutricionista do NASF. Fizemos avaliação e orientação nutricional durante o cadastro de todos os idosos, e a orientação nutricional de forma simples e adequada a realidade da população. Para a equipe foi estabelecida a meta de 100% e sem grandes dificuldades a atingimos. No primeiro mês com 32/32 idosos (100%), 63/63 no segundo mês (100%) e 128/128 no terceiro mês (100%).

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

A orientação sobre atividade física era uma atividade já realizada na unidade de saúde, mas com baixos índices de adesão da população. Os nossos profissionais do NASF, educador físico e fisioterapeuta, já realizam atividades físicas com grupos específicos, incluindo um grupo de idosos. A orientação de atividade física regular foi dada nas consultas de rotina em todos os idosos, além de projetos de incentivo, com folhetos, ações de rua, orientações em sala de espera. Ao cadastrar cada idoso no início da intervenção conseguimos realizar essa orientação individualizada e sem dificuldades atingimos a meta pré-estabelecida de 100%, sendo no primeiro mês: 32/32 idosos (100%), segundo mês: 63/63 (100%) e no terceiro mês: 128/128 (100%).

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

A orientação dos cuidados de saúde bucal de forma individualizada foi uma atividade realizada de forma sistemática de acordo com o cadastro dos idosos. A meta de orientação foi facilmente realizada mesmo sem a participação inicial da odontóloga, afastada por licença médica. Atitude de grande importância para o

público alvo, haja vista a prevalência de problemas na saúde bucal. Essa ação foi categorizada e realizada em todos os idosos de forma simples e prática durante as visitas domiciliares ou na própria unidade. Mais uma vez a meta foi atingida, sendo no primeiro mês: 0 idosos (0%), segundo mês: 31 idosos (49,2%) e no terceiro mês: 128 idosos (100%).

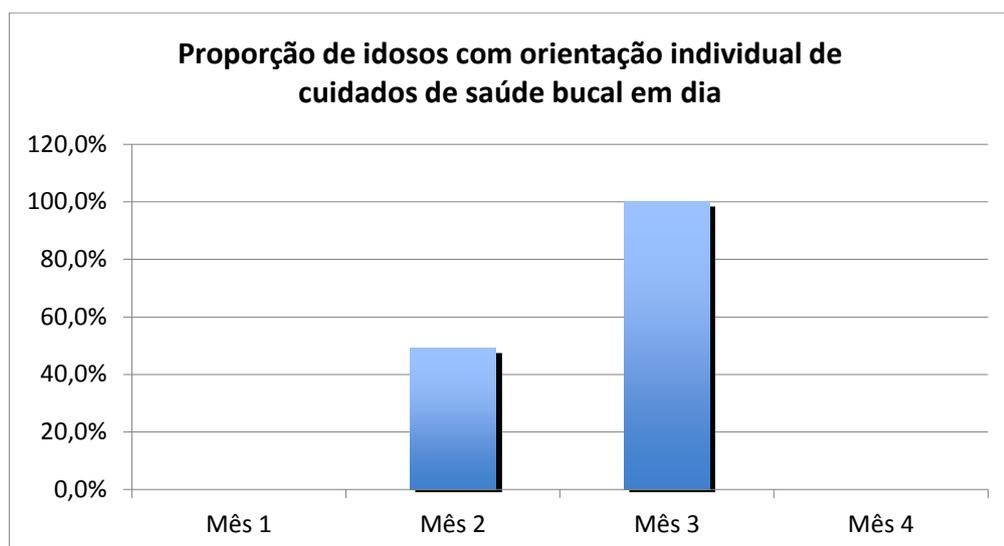


Figura 20: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na unidade básica de saúde Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN.

4.2 Discussão

A Intervenção de ‘melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) em Lucrécia/RN, foi escolha de nossa equipe de saúde da família; em virtude de não existir um atendimento organizado e um acompanhamento adequado aos idosos da nossa área.

Com a intervenção conseguimos realizar um trabalho especificamente direcionado aos idosos de forma a amplificar, qualificar e priorizar o seu atendimento em nossa unidade de saúde. Após a sua implementação na rotina do nosso serviço, a equipe vem conseguindo acompanhar os idosos de forma mais regular e organizada, com a devida priorização e com o efetivo controle de registros dos mesmos, inclusive em visitas domiciliares, agora mais adequadamente sistematizadas.

A cobertura para o grupo foi ampliada para 100% dos idosos (128), os registros ficaram melhores, obtendo também o registro de todos os idosos de nossa

área (ou seja, atingimos a meta de 100%). Como destaque da qualificação da atenção foram as metas atingidas em 100% (128 idosos receberam atenção integral) de outros indicadores como: idosos com avaliação multidimensional rápida, idosos com exames clínico apropriado em dia, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares (estando esses atualizados), a prescrição de medicamentos foi direcionada prioritariamente para a farmácia popular, os idosos acamados foram cadastrados e receberam visita domiciliar (13 idosos), todos os idosos receberam a verificação da pressão arterial na última consulta bem como aqueles hipertensos (54 idosos) foram rastreados para diabetes e receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Alguns idosos findaram por não realizar a primeira consulta odontológica com a odontóloga, pois houve atraso nesse atendimento como já citado previamente. Tivemos apenas 1 idoso faltoso à consulta programática, com posterior busca ativa e justificativa plausível para tal (atendimento em serviço especializado agendado para mesmo dia sem comunicação antecipada). Todos os nossos idosos também receberam a “Caderneta do Idoso”; tiveram ‘feita’ a sua avaliação de riscos, de fragilidade na velhice e todos também receberam as orientações sobre alimentação saudável, da necessidade de atividade física regular e manutenção da saúde bucal.

A Capacitação dos profissionais de saúde da nossa unidade foi feita seguindo o protocolo de saúde do idoso do Ministério da Saúde e foi realizada nas primeiras semanas da intervenção durante as reuniões, conforme programado/ previsto, sem intercorrências ou atrasos. Desse modo - logo no início do processo nos foi possível conscientizar a equipe da grande importância das ações e que o atendimento dos usuários deve ser realizado por toda a equipe, não somente pelo médico, como acontecia comumente previamente.

A equipe fecha esse ‘ciclo’ – sobretudo – consciente de sua capacidade de realizar projetos/ ‘feitos’/ ‘coisas’ trabalhando em conjunto; feliz, esperando dar continuidade ao atendimento com qualidade e consciente de que nós todos seremos propagadores da ação programática para outros profissionais que possam vir a trabalhar em nossa unidade.

Antecedendo o início da intervenção foi realizado contato com as lideranças comunitárias e através do programa na Rádio local divulgamos o Projeto. Logo, no início tivemos uma excelente adesão do público alvo e também com o trabalho de excelência dos ACS conseguimos realizar o cadastramento de todos os idosos

dentro do cronograma estabelecido, e dos acamados – em especial – antes do prazo preconizado.

Continuamos entusiasmados com a intervenção, pois percebendo a satisfação do usuário principalmente através de comentários informais durante os atendimentos, e a satisfação dos familiares deles atentando à perceptível melhoria da assistência entregue por nossa equipe.

A intervenção poderia ter sido mais bem executada se desde o início o grupo de idosos tivesse funcionado e se houvesse acompanhamento também desde cedo da odontóloga que por motivos justos não pode participar nos primeiros meses. Reunir os idosos periodicamente e realizar um trabalho de promoção é de extrema importância. Observamos no decorrer das reuniões, que cada vez mais eles interagem com a equipe durante as atividades que eram proporcionadas. O resultado foi sempre visível, com o empenho dos idosos em praticar a dieta – sempre trocando receitas novas entre si; em usar as medicações para Hipertensão, Diabetes e outros agravos crônicos corretamente e em praticar suas atividades físicas de forma rotineira, priorizando ainda o controle de peso, devolvendo a muitos a alta autoestima há algum tempo “perdida”.

Hoje temos que o trabalho de melhoria da assistência à saúde dos idosos, é uma ação que já faz parte da rotina da nossa unidade de saúde, de nosso serviço. Gostaríamos de salientar que o trabalho em equipe e o vínculo desenvolvido com a população favoreceu o trabalho como um todo. O próximo passo será a manutenção da intervenção em nossa unidade de saúde, com o devido cuidado nos registros, nas fichas-espelho, nas visitas domiciliares sistematizadas, e o funcionamento contínuo do grupo inclusive com busca ativa de novos idosos e informação sobre o nosso trabalho na sala de espera, tentando manter na equipe o desejo de contribuir com essa continuidade, fazendo um trabalho de excelência, e com a responsabilidade de cada um poder ser o propagador desse projeto de intervenção para os possíveis novos integrantes da equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores, a nossa intervenção visando à melhoria da saúde do idoso na UBS/ESF de Lucrécia/RN, constituiu-se no trabalho de conclusão de curso do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade de Pelotas (UFPel) integrado à Universidade Aberta do SUS (UNASUS). A ‘saúde do idoso’ como foco em discussão foi uma escolha da Equipe de Saúde da Família da UBS/ESF “Posto saúde Tanquinhos”, em virtude de não existir um atendimento organizado e prioritário a esse grupo, tampouco acompanhamento adequado, apesar da importância que é exigida quando se fala em idosos.

Atrelamos o planejamento da intervenção ao material disponibilizado pelo curso/UFPel, organizamos assim o nosso próprio material de trabalho e com a ficha espelho e a planilha de coleta de dados iniciamos o processo. Compomos um cronograma que teríamos de seguir e no transcorrer dos dias realizamos mais uma reunião, mas essa bem marcante, pois fora a que pudemos apresentar o ainda então ‘projeto’ a toda a equipe, explanando em definitivo e mais claramente os objetivos, as metas e os “caminhos” a seguir até a execução final em si.

O caderno de atenção básica que versa sobre a saúde do idoso do Ministério da Saúde foi lido parcialmente, alguns dos seus principais pontos, para ambientá-los a trabalhar as prioridades e normatizações necessárias e a fim de estabelecer algum grau de capacitação da equipe – desde já – especialmente com relação aos procedimentos que iríamos ter de realizar.

As atividades, na forma de cronograma, foram apresentadas à gestão e solicitado sua ajuda, especialmente no que diz respeito à impressão do material de apoio ao trabalho e fornecimento da caderneta da pessoa idosa em quantidade suficiente ao cadastramento de todos e à distribuição. Nesse sentido, somente temos de agradecer o apoio da gestão que fora primordial a todo o processo.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita à UBS/ESF, apesar das dificuldades enfrentadas, por questões de logística e de grande demanda de tempo, foi conseguido em tempo hábil, o que proporcionou à equipe um grande entusiasmo e sensação de dever cumprido. Fizemos tudo de modo a incorporar as tarefas da intervenção à rotina da UBS/ESF.

Conseguimos que todos os idosos residentes na área de abrangência; cento e vinte e oito (128, 100%) participassem da intervenção, logo receberam todas as orientações abaixo descritas e tiveram avaliadas suas condições de risco, além de terem as suas prescrições medicamentosas direcionadas para a farmácia popular, como preconizado no projeto inicial de intervenção. No primeiro mês de intervenção conseguimos uma cobertura de 25,0% (32 idosos), no segundo mês seguimos com 49,2% (63 idosos) e no terceiro mês nossa meta foi então cumprida e conseguimos 100% (128 idosos).

Durante a realização da intervenção enfrentamos algumas dificuldades, como afastamento da odontóloga por motivo de doença e a falta de estrutura física adequada à realização de todas as tarefas, já que não tínhamos diversas salas para atendimento simultâneo dos idosos por vários profissionais.

Para o atendimento dos Idosos destinamos um turno específico para as consultas e outro para atendimento odontológico, de forma agendada e prioritária. Durante as consultas realizávamos o exame clínico apropriado, solicitávamos exames complementares e para aqueles hipertensos e/ou diabéticos conforme a necessidade havia atenção redobrada no rastreio de comorbidades.

Desde sempre priorizávamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular e os idosos hipertensos eram rastreados para o diabetes e dislipidemias, além de que executávamos os devidos registros na caderneta do idoso, na ficha espelho e nos prontuários. Para os acamados e com problemas de locomoção tivemos conquista maior ainda, pois conseguimos concluir seu cadastro com duas semanas de antecedência do prazo estipulado no cronograma.

Realizávamos para tanto visitas domiciliares, não nos deixando “passar em branco” a rede social, a fragilização na velhice e avaliação de risco para morbimortalidade para todos, sendo necessária em alguns casos a ajuda da assistente social.

Incentivamos aos idosos a ingressar no grupo de idosos, já existente, com reuniões quinzenais oportunidade em que realizávamos ações de orientar os idosos quanto aos hábitos saudáveis de alimentação, necessidade de realizar atividade física regular e as orientações de como cuidar da saúde bucal, uso rotineiro das medicações prescritas e a orientação sobre a própria importância da adesão de cada idoso à intervenção para dar continuidade e sentido a ela.

A equipe da UBS/ESF em parceria com a equipe do NASF segue na nova rotina com bastante engajamento, cientes de que a intervenção deve permanecer incorporada à rotina de atendimento, o qual deve ser realizado por toda a equipe, que já fora capacitada para isso e, sem dúvida, cientes da responsabilidade de propagadores para novos colegas que entrem no serviço.

Todos têm a ciência de que os resultados efetivamente se darão em longo prazo, conforme tudo for organizando-se e tornando-se costumeiro – para todos, porém desde já acreditamos nesse trabalho, na equipe que o faz e nos gestores, percebendo, sobretudo o quanto ele trará benefícios para todos os nossos usuários idosos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade, a nossa equipe de saúde da unidade básica Isaías Domingos de Queiroz (“Posto de saúde de Tanquinhos”) apresentou há alguns meses a vocês de um modo geral o nosso projeto de intervenção que visava à melhoria da assistência à saúde dos idosos, através de divulgação em sala de espera da UBS/ESF, de visitas pelos agentes comunitários de saúde e pelas reuniões do conselho comunitário. Essa referida intervenção teve como objetivo geral atender de forma satisfatória (integral) e organizada a demanda dos idosos da área de abrangência da UBS/ESF, com a finalidade de promoção e prevenção dos agravos à saúde e diminuição de mortes por causas evitáveis e complicações controláveis a partir de atenção continuada.

Para que a intervenção pudesse ser incorporada à nossa rotina, precisamos – sobretudo – de todo o apoio de pessoal: gestor do município, da equipe de saúde da família e dos próprios “alvos” da intervenção – os nossos idosos; além – é claro – do apoio e participação efetiva dos familiares e cuidadores; almejando desde o início a meta que, graças ao empenho de todos, conseguimos alcançar: cem por cento.

Após os vários meses de trabalho, desde conhecimento do território até a execução do projeto em si, podemos hoje somar cento e vinte e oito idosos cadastrados o que representa cem por cento de nossos idosos da área de abrangência da UBS. Desses, temos ainda o total de treze (10,15%) correspondendo aos que são acamados ou têm dificuldade de locomoção – tendo, com a prioridade devida, sido cadastrado mesmo antes do previsto em nosso cronograma, passando a ser rigorosamente acompanhados como preconizado.

Foi a partir do projeto de intervenção que os idosos passaram a – além de ter cadastro atualizado – terem atendimento prioritário e organizado, com gerência pela equipe, com turno específico de atendimento médico e odontológico, destinado com exclusividade ao grupo. Cada procedimento realizado passou a ser registrado na

caderneta de idoso justamente para formar a “base de dados” dos registros com fidelidade. Essas mesmas informações também são registradas nas fichas individuais (fichas espelho) e nos próprios prontuários de cada idoso atendido, permitindo manter controle (inclusive da atualização) de exames laboratoriais e evolução/ alteração de exame clínico e mental, de forma sucinta e prática.

O grupo de idosos (que já existia) voltou a funcionar, quinzenalmente; com apoio tanto do NASF como do CRAS, alternando sempre assuntos de maior interesse ao grupo/ faixa etária, fortalecendo pontos importantes, abordando-os de forma proativa e multiprofissional, cada um contribuindo com conhecimentos e exemplos práticos sobre as diversas temáticas.

Em diversos momentos aproveitamos ainda para frisar a importância do uso rotineiro das medicações de controle de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, e ressaltamos as boas práticas e ações que favorecem a vida e o bem-estar geral, podendo prover redução da morbimortalidade precoce.

A capacitação de toda a equipe de saúde também foi primordial para realizar com qualidade todo o processo de trabalho, desde o início, frisando sempre a necessidade de continuidade do projeto e do dever de cada integrante da equipe como propagadores do processo de trabalho e atenção integral.

Só temos a agradecer a todos vocês, aos gestores e a toda a equipe, por todo o empenho; e – especialmente – aos cento e vinte e oito idosos que sempre nos prestaram apoio – também integral – disseminando o projeto e incentivando-o com palavras positivas e gestos de agradecimento, sempre.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família pela UFPel foi de grande aprendizagem e evolução profissional para mim enquanto pessoa/ser humano, quanto profissional da saúde/médico. Com algum grau de temor (pois se tratava de curso à distância e temia por algum déficit no suporte), mas tentando com paciência e perseverança seguir o que fora compreendido desde o início com a leitura do Projeto Pedagógico do Curso, chegamos ao fim desse curso com diversas boas surpresas no que tange à quantidade das atividades aplicadas, sempre de cunho prático e literalmente visando aprendizado do aluno.

No dia-a-dia conturbado entre o trabalho e o estudo, reconhecemos que nem sempre damos o melhor em todo tempo em cada uma dessas áreas que nos consumiam continuamente o tempo e a atenção, sem falar na família, sempre presente, a cobrar sua parte em nossa vida “corrida”. Assim, seguimos todo o curso e processo de aprendizagem com divisões e confusões, entre atividades práticas (trabalho em si) / estudo (especialização) / família/ atividades outras (problemas pessoais a resolver, incluindo de saúde) / lazer; o que nos fazia nem sempre cumprir bem nosso papel em cada das situações, ficando sempre por algum momento uma ou outra dessas questões “pendentes” o que nos gerou no âmbito da especialização diversos momentos de “atrasos” / “recuperações”, dentre outros, nos gerando algum grau de angústia/ dúvida/ insatisfação por não poder cumprir adequadamente e da melhor forma o que nos era proposto.

A demanda “reprimida” da população nos fazia também, por vezes, exceder a carga horária de trabalho, fazendo-nos ter algum grau de sobrecarga (especialmente no início dos trabalhos); mas para nós era praticamente impossível não ter ‘compaixão’ daqueles que muitas vezes queriam apenas um pouco de atenção, que necessitavam apenas de alguém para “se abrir” e conversar livremente, sem

juízos prévios. Assim, como muitas coisas podem ter causado decepção e desejo (passageiro) em desistir, muitas outras nos faziam seguir adiante, lutar não só por uma intervenção, mas por um atendimento melhor e mais qualificado àqueles que tanto necessitavam desse cuidado.

Felizmente, tivemos uma ótima equipe de suporte/ orientação que apesar de não agir diretamente, mas em tempo algum nos deixa desestimulados com o curso, mas sim nos dava as diretrizes de como seguir adiante; o que fazer “agora” e seguir ‘em frente’. Confesso que ao ingressar no programa e optar pelo projeto, não acreditava que realizar a intervenção em nossa UBS/ESF seria tão difícil quanto foi; primeiro por ter pleno apoio da equipe, população e gestão desde o início; segundo por acreditar ser algo mais simples que o que realmente foi. Tivemos certas dificuldades em seguir o cronograma proposto ironicamente por nós mesmos diante de outras demandas provenientes do próprio serviço, da própria UBS/ESF, pois tivemos além de problemas pessoais (afastamentos por licença médica da odontóloga, por exemplo), alguns dias feriados (inclusive feriados municipais, esquecidos na elaboração do cronograma). Mas, todos os entraves que com a continuação do projeto resolveram-se e obtivemos sucesso com o ‘produto’ final.

Enquanto prática profissional e também no âmbito pessoal, o curso nos trouxe possibilidade de adquirir diversos novos conhecimentos acerca da atenção primária em saúde através dos conteúdos programáticos, dos testes de qualificação cognitiva, dos estudos de prática clínica e dos casos clínicos interativos, sempre nos atualizando de diversos conteúdos de forma acessível e prática. Mas como aprendizado do curso em si, a oportunidade de (re) aprendizado que julgo mais importante de todas foi a mudança real no processo de trabalho ‘para melhor’ de todos os membros de nossa equipe, especialmente diante dos usuários idosos, mas abrangendo a todos os usuários (indiscriminadamente) atendidos, pois muitas *boas práticas* – como o acolhimento e o agendamento de consultas – foram implantadas para todos sem distinção.

Sem dúvida passamos a conhecer melhor cada um dos usuários acompanhados; ampliamos nossos conhecimentos da rede social que os cercava e renovávamos os laços e as informações em cada consulta, ou visita domiciliar que realizávamos. Sempre que necessitávamos de ajuda multiprofissional havia o conhecimento compartilhado o que enriquecia ainda mais a qualidade de nosso atendimento e isso julgo também de extrema importância enquanto aprendizado, o

saber conjunto e o *saber lidar com o 'outro'*. Isso nos gerou laços e melhoria do trabalho em outros aspectos na UBS/ESF.

Já bem próximos ao fim do período estimado para a intervenção em si, pudemos enquanto equipe ouvir diversos elogios e agradecimentos pela atual qualidade do serviço prestado. Levamos ainda como aprendizado a importância do planejamento das ações em saúde, sobre o conceito demanda espontânea e sobre como mantê-la organizada na atenção primária em saúde; vivenciamos a prática positiva do agendamento de consultas programáticas, dos registros de informações com qualidade/ organização; amadurecemos sobre a valorização dos grupos e do quanto são importantes suas práticas educativas àqueles a que deles fazem parte e principalmente, aprendemos sobre a importância do cuidado continuado, do treinamento da equipe para o total envolvimento de todos nessas boas práticas para que outros projetos (a exemplo desse) sejam “criados” e mantidos como parte de nossa rotina de trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Cadernos de Atenção Básica, n. 19 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2006; 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010; 44p.

VAUPEL, J. W. "**Biodemography of human ageing**". Nature, **464**(7288): p. 536-542, 2010.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. Rev. Bras. Estud. Popul. v.23, n.1, p. 5-26, 2006.

IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>>, acesso em 18 jul. 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Antonio Paulino Neto e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

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

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

Antonio Paulino Neto

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante