

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de
Saúde/Estratégia de Saúde da Família Santarém, Natal-RN**

Rafael de Medeiros Vasconcelos

Pelotas, 2015

Rafael de Medeiros Vasconcelos

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de
Saúde/Estratégia de Saúde da Família Santarém, Natal-RN**

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

Orientadora: Érica Almeida Coelho

Pelotas, 2015

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

V331m Vasconcelos, Rafael de Medeiros

Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família Santarém, Natal-RN / Rafael de Medeiros Vasconcelos; Erica Almeida Coelho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Assistência domiciliar. 5.Saúde Bucal. I. Coelho, Erica Almeida, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, José Lúcio e Rose Mary, a Pedro Jorge Alcoforado, à equipe da USF Santarém, em especial a enfermeira Simone e às agentes comunitárias de Saúde Conceição Moura e Luciene, pela contribuição para a concretização deste Projeto.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, em especial, a Pedro Jorge Alcoforado, pelo apoio e compreensão. A Rafael Góis Campos e demais amigos, pela contribuição ofertada. Aos membros da Equipe 035 da USF Santarém, Natal, RN, facilitando a construção desse Projeto. E aos orientadores do curso, que, com esmero, permitiram a concretização desse trabalho.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na USF Santarém, Natal, RN 2014
- Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, na USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

- Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 16 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 17 Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 18 Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014
- Figura 19 Gráfico indicativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Lista de Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMDR – Avaliação Multidimensional Rápida

CAB – Caderno de Atenção Básica

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PCD – Planilha de Coleta de Dados

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNH –Política Nacional de Humanização

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita domiciliar

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	27
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	61
2.3.4 Cronograma	65
3 Relatório da Intervenção	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	71
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção	73
4.1 Resultados	73
4.2 Discussão	87
4.3 Relatório da intervenção para gestores	90

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	97
6 Bibliografia	99
Anexos	100
Anexo A - Ficha espelho	100
Anexo B – Planilha de coleta de dados	101
Anexo C – Documento do comitê de ética	102

Resumo

VASCONCELOS, Rafael Medeiros. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde/ Estratégia de Saúde da Família Santarém – Natal-RN**. 2015. 106f. Trabalho de Conclusão do curso. Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Estrutura da UBS/ESF Santarém, localizada no município de Natal-RN, possui elevada prevalência de idosos. Entretanto, as ações desenvolvidas não são capazes de alcançar, de forma plena e integral, o conceito de “envelhecimento ativo” difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse contexto, é necessário que haja uma intervenção diante dessa problemática, visando melhoria da qualidade da atenção oferecida ao idoso. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde do idoso na UBB/ESF Santarém, Natal-RN. Este projeto de intervenção foi realizado durante 12 semanas, contemplando os quatro eixos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento público e Qualificação da Prática Clínica. Foi realizado o cadastramento de 100% dos idosos da área de abrangência, com melhoria da qualidade da atenção, e solicitação de exames complementares a 80% dos idosos. Deu-se prioridade à prescrição de medicamentos do Programa Farmácia Popular, e a maior parte dos idosos com problemas de locomoção recebeu pelo menos uma visita domiciliar, com aferição da pressão arterial. Mais de 80% dos idosos foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico, porém uma quantia mínima deles recebeu primeira consulta odontológica. Mais de 80% dos idosos receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e 100% deles foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade e sua rede social. Dentre as ações de promoção em saúde, foram ofertadas palestras, grupos de ações coletivas e orientações individuais a 100% dos idosos, com enfoque também na Saúde Bucal. Dessa forma, com os resultados obtidos, pudemos notar um saldo positivo para a UBS/ESF e para a comunidade adstrita, gerando uma grande melhora da saúde dos idosos.

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

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 fundamentado por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da Pessoa Idosa, incluindo sua Saúde Bucal, dentro da área de abrangência da Equipe 035 da UBS/ESF Santarém, do município de Natal, RN. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas que foram sendo desenvolvidas ao longo do ano de 2014. 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, com o relato da implantação da intervenção. Na quarta seção encontram-se os resultados da intervenção, com os resultados obtidos e sua discussão, além dos relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro 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, enviado na segunda semana de ambientação – 04/04/2014

Bem, minha percepção sobre a UBS/ESF (Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família) onde atuo é muito positiva, primeiramente por se tratar de unidade antiga, que já possui mais de 10 anos de existência, segundo por ser de localização central, em uma área urbana, servindo como referência nas proximidades onde se encontra (próximo de escolas, grandes avenidas, ginásios). Acho que essas características facilitam muito a adesão e credibilidade que a população confere à UBS, a população se sente acolhida dentro da Unidade, e também a acolhe como parte da comunidade ali presente.

Em termos da estrutura, também temos uma boa estrutura, apesar de que poderia ser melhorado o acesso na entrada da Unidade, pois quando chove fica tudo cheio de lama e o acesso a cadeirantes, por exemplo, torna-se absolutamente inviável, além da grande quantidade de pacientes que já observei na unidade que realizam curativos para úlceras de membros inferiores, e que por conta disso, possuem déficit de mobilidade. Em relação aos equipamentos, acredito que temos uma variedade e qualidade adequadas à demanda da população (lógico que precisamos e devemos melhorar sempre!), mas vejo que existem equipamentos adequados para atender às demandas da atenção primária. Os medicamentos são escassos: faltam bloqueadores de canais de cálcio, venotônicos, antidepressivos (que são altamente necessários em virtude da expressiva e crescente demanda devido ao aumento da incidência de transtornos na esfera da saúde mental), antimicrobianos simples e usados corriqueiramente na atenção básica. Fico até triste em falar isso, porque diariamente preciso dizer aos pacientes que eles precisam comprar porque não tem muita medicação na UBS/ESF. Antiinflamatórios simples também faltam. Mas o que me conforta é saber que a minha população habita uma área urbana, que tem maiores indicadores socioeconômicos, e portanto, tem condições

financeiras para aquisição dos medicamentos mais baratos e não disponíveis na UBS/ESF.

No que se refere aos recursos humanos, especificamente das equipes, posso dizer que são exemplares: altamente atuantes na comunidade, preocupados e engajados com as políticas da atenção básica, resolutivos, e sem contar que toda a equipe encontra-se completa, no que se refere ao perfil multiprofissional, pois contamos com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para suprir todos os profissionais necessários. Os casos agudos que surgem na UBS/ESF e que não podem ser resolvidos na atenção primária são encaminhados às UPAs ou para os pronto-socorros mais próximos, como a UPA Pajuçara ou o Hospital Dr. José Pedro Bezerra. Quanto aos exames complementares e aos serviços de atenção terciária, também somos muito bem abastecidos, pois contamos com o Centro Clínico da Ribeira e o Centro Clínico Dr. Carlos Passos, ambos aptos a fornecer quaisquer tipos de exames e consultas especializadas. Algumas consultas com especialista são rápidas como Dermatologia e Endocrinologia, enquanto outras demoram bastante, como Psiquiatria e Neurologia.

No que se refere ao processo de trabalho, temos uma equipe pronta para acolhimento diário, de forma que nenhum paciente deixe de ser atendido caso haja alguma necessidade de força maior, pois cada médico tem duas vagas de acolhimento por turno, além dos pacientes atendidos a cada turno, que são previamente agendados e avaliados conforme classificação de risco. Não tive acesso a muitas informações relativas ao nível de implantação das ações programáticas avaliando definição de uso de protocolos, adequação do registro, implantação do monitoramento e avaliação da ação, cobertura e alguns indicadores de qualidade.

A população adscrita na minha unidade é uma população de bairro urbano periférica, de classe média baixa, com grau de escolaridade nível médio, e com um perfil vasto, de crianças a gestantes, muito embora eu consiga perceber grande número de idosos e portadores de comorbidades que permanecem acamados. Também percebo que há grande parcela de pacientes portadores de doenças mentais, tanto do tipo transtornos do humor, quanto transtornos de

ansiedade, além de abuso e dependência de substâncias químicas. É lamentável, inclusive, saber que esse perfil de pacientes da minha área carece de atenção especializada adequada e de medicações psicotrópicas para tratamento adequado.

Quanto ao engajamento social, eu sinceramente não acho que a população seja engajada. Estamos muito longe do que devemos ter e como devemos ser. Eu vejo poucos usuários de saúde interessados em melhorar a atenção à saúde de forma duradoura, com atitudes consistentes e opiniões bem fundamentadas. Pelo contrário: o que mais observo são usuários muito mal acostumados com o nosso modelo assistencialista que ainda vigora no Brasil, e que gera comodismo ao usuário, que não sabe como lutar por seus direitos e que faz ameaças às UBS/ESF para conseguir obter benefícios... Acredito, portanto, que deveriam existir campanhas em massa sobre educação em saúde, não apenas no que se refere ao conhecimento, mas também em relação aos direitos e deveres dos usuários e também como se dá o funcionamento do nosso Sistema Único de Saúde.

1.2 Relatário da Análise Situacional – postado em 30/05/2014

O município da Cidade de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, possui 817.590 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 2012. A rede de atenção básica do município é composta por 36 Unidades de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas tradicionais, organizadas com equipes multiprofissionais. São nove unidades no Distrito Sul, doze unidades no Distrito Oeste, nove unidades no Distrito Leste, doze unidades no Distrito Norte I, doze unidades no Distrito Norte II.

O município também conta com a assistência dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) os quais são programas complementares às ações da estratégia de atenção primária, atuando como ferramentas de apoio. No município de Natal, segundo dados de abril de 2010, são disponíveis 12 NASFs pelo Ministério da Saúde, mas apenas 02 atuando efetivamente.

Ainda no que se diz respeito à assistência em saúde do município, podem-se citar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que em 2005, foram incorporados à rede de saúde, totalizando um número de três CEOs, onde são realizados procedimentos de média complexidade, como diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, e endodontia, no diagnóstico e detecção do câncer de boca, e atendimento a portadores de necessidades especiais. A incorporação desse serviço levou a um aumento na resolubilidade de tais procedimentos.

No tocante à atenção especializada em Natal, é possível afirmar que apenas após a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde) 01/2002 é que foi implementada esse tipo de serviço no município. Ao avaliar a média complexidade, pode-se observar que a cidade tinha, em 2004, pelo programa do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) II, apenas 06 especialidades. A partir de 2010, com a migração para o SISREG III, houve um aumento para a disponibilidade de 31 especialidades para marcação de consultas agendadas pela central de regulação. Quanto à alta complexidade, é possível constatar que a maioria dos serviços se encontra sob gestão estadual, levando a dificuldades na atenção integral à saúde. Há em Natal, um número total de 11 hospitais públicos, 02 filantrópicos e 09 privados, o que deixa a rede sobrecarregada até mesmo neste setor complementar, seja pela própria deficiência na assistência básica e de média complexidade, como pela insuficiência de leitos e serviços terciários para o porte da cidade.

A UBS que atuo se localiza no bairro do Santarém, Distrito Sul da cidade de Natal. Esta se situa em área urbana, vinculada à capital, relacionando-se com instituições de ensino, como a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio dos cursos de fonoaudiologia, enfermagem, gestão de sistemas e serviços de saúde. Tem como modelo de atenção a Estratégia em Saúde da Família, composta por 04 equipes. A equipe na qual estou inserido é composta por um médico, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista e cinco agentes comunitários de saúde. No total de funcionários temos: um diretor, uma administradora, quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro dentistas, oito técnicos de enfermagem, vinte agentes comunitários de saúde, quatro arquivistas, uma

nutricionista, dois recepcionistas, dois vigilantes noturnos, e dois auxiliares de serviços gerais.

Quanto à estrutura física da Unidade de Saúde, os principais aspectos positivos estão relacionados ao fato de estar situada em uma região central do município, de fácil localização, com uma infraestrutura básica adequada ao fluxo de pessoas e equipamentos. Entretanto, há uma carência de espaços físicos para a realização de várias ações, inclusive consultas. O galpão onde ocorrem as atividades de grupo e ações coletivas em geral não possui condições adequadas de funcionamento. Os estudantes universitários que recebemos na Unidade já realizaram diversos projetos de intervenção com o objetivo de promover ações de melhoria em relação a esse aspecto, mas somos surpreendidos por furtos recorrentes, como de ventiladores, plantas do jardim, quadros de pinturas, etc. Como forma de utilizar ou amenizar esse problema, é importante que haja um sistema de vigilância através de câmeras, para coibir essas atitudes infratoras.

Um outro ponto deficiente em relação à estrutura física que devemos citar é a questão da acessibilidade. A entrada do posto de Saúde não é adequada para nenhum tipo de indivíduo, pois existem degraus sem corrimãos, desníveis e barro, e quando chove, formam poças que inviabilizam a entrada de portadores de necessidades especiais. Além disso, após a recente pavimentação da avenida da UBS, os carros estão passando em frente ao Posto sob alta velocidade, o que implica um grande risco para todos que frequentam esse local. Outra situação que tem ocorrido é a falta de insumos básicos para execução de serviços. Faltam luvas, gases estéreis, máscaras, papel toalha, saponáceos apropriados para a higiene das mãos, armários para estocagem de medicamentos fornecidos por representantes, papéis higiênicos, etc. É fundamental que a secretaria tenha um olhar apropriado para esses problemas, que embora sejam simples, repercutem diretamente na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da Unidade. Dessa forma, acredito que os gestores deveriam abordar os profissionais de forma periódica, buscando ouvir sugestões, necessidades, reclamações, críticas, elogios, pois são os profissionais de saúde o elo entre a gestão e a população.

No que se diz respeito às atribuições das equipes, temos excelentes profissionais, bastante empenhados em suas atribuições, realizando-as de forma

satisfatória. Temos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, educadores físicos, dentre outros, que coordenam e participam dos grupos de ações coletivas, extrapolando os limites físicos da Unidade, dando ênfase à visão holística de saúde que se deve ter. Os pacientes são agendados nos cadernos de agendamento de consultas, e também deixamos espaço em aberto para os casos de demanda imediata. Nas agendas são registrados os números dos prontuários destas consultas, os horários previstos de atendimento e a idade do paciente. No que se refere às visitas domiciliares, temos horários e dias fixos para a realização das mesmas, com os pacientes agendados por meio dos agentes comunitários de saúde, que realizam as visitas domiciliares com o profissional, ajudando-o no atendimento. São realizadas visitas domiciliares pelos médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas e profissionais do NASF, que contribuem bastante com o nosso trabalho. Na Unidade temos um excelente manejo com feridas crônicas, sendo este um serviço prestado pela enfermeira da minha equipe, que tem preparação adequada para executar tal função. Outro ponto importante a ser analisado é a frequência e importância que se dá à reunião de equipe, que ocorre semanalmente com a presença de todos os profissionais. Nessas reuniões, o momento é utilizado para que se planejem ações das mais variadas temáticas, construa a agenda, analisem e discutam dados referentes à comunidade assim como se discutam casos e se obtenha maior qualificação clínica da equipe, tendo como ponto de vista principal a resolubilidade dos problemas mais frequentes abordados pelos usuários.

Quanto à população adstrita da unidade, temos 13.927 habitantes, divididos em 4 equipes de saúde da família, sendo 6.361 homens e 7.566 mulheres, sendo a maioria distribuída, conforme perfil etário, em adultos jovens, entre 20 e 39 anos, e idosos com 60 anos de idade ou mais. Em relação aos quantitativos, podemos afirmar que a população adstrita da unidade está adequada para o tamanho da área, conforme preconizado pela territorialização, onde cada Equipe deve ter entre 3.000 e 4.000 habitantes. Entretanto, o mesmo não podemos afirmar em relação ao tamanho do serviço, ficando aquém do desejado, pois não temos recursos humanos e estruturais adequados na Unidade para suprir todas as demandas da população, de forma a garantir uma abordagem psicossocial centrada no indivíduo adscrito. É necessário que haja uma equipe multiprofissional completa na Unidade, pois não

temos assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, e apenas as profissões mais tradicionais, como médico, enfermeiro e dentista, não são capazes de suprir todas as necessidades da população.

Do ponto de vista do acolhimento, isto é, atenção à demanda espontânea, os principais pontos positivos são a alta resolutividade deste sistema, que é algo muito mais complexo que uma simples triagem, mas sim um espaço interpessoal de escuta qualificada ao usuário, visando solucionar problemas agudos. As principais dificuldades que observo na USF Santarém são relacionadas a ausência de um espaço adequado de acolhimento, onde o indivíduo se sinta de fato acolhido, recebendo atenção da equipe, abordando seu problema de maneira adequada. Os pacientes com problemas agudos do tipo urgência e emergência que necessitam de atendimento naquele dia ou naquele momento, são encaminhados aos médicos com ordem de preferência pré-determinada pela escala. Conforme explicado pelo CAB (Caderno de Atenção Básica) 28 do MS, “a vantagem dessa modelagem de acolhimento é que as equipes que não estão escaladas possam realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita, além da sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia”.

O que pode ser feito é uma reforma na Unidade, visando criar mais espaços físicos, pois temos uma ampla área ao redor do posto de saúde, que fica inutilizada. A criação desses espaços deve ter objetivos pré-definidos, por meio de um projeto arquitetônico conforme definido pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, 2ª Edição, 2008.

No que condiz ao atendimento às crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, é possível afirmar que as consultas baseiam-se no Protocolo do Ministério da Saúde, embora não ocorram com a periodicidade preconizada. Portanto, podemos concluir que não há um monitoramento regular destas ações. Os registros de atendimento às crianças são feitos em prontuários individuais, e os dados solicitados no Cartão da Criança são preenchidos, especialmente as curvas de crescimento e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a faixa etária. As consultas são realizadas pela enfermagem, que quando julga necessário, encaminha ao médico da Equipe. Estamos atingindo 69% da cobertura de crianças menores de 01 ano

residentes na área e acompanhadas na UBS. Esse índice possui diversas explicações envolvidas, como a redução progressivas das taxas de natalidade na população adscrita, pacientes “fora de área” atendidos pelo programa, realização de consultas de crescimento e desenvolvimentos por meio de planos de saúde suplementar ou em consultórios privados.

Os principais aspectos positivos observados são a execução prática e acessível deste tipo de ação para as crianças e a disponibilidade da equipe de enfermagem na sua realização. Entretanto, é necessário que o protocolo/manual técnico seja aplicado em sua totalidade, não apenas visando o manejo clínico do crescimento e desenvolvimento, mas também a identificação precoce e abordagem preventiva das principais alterações do estado de saúde. Além disso, é necessário que as consultas tenham uma periodicidade adequada, conforme preconizado, com agendamento da próxima consulta, e que elas sejam realizadas também pelos médicos, mesmo a criança não tendo alterações. É notório que a adesão da população é baixa a esse tipo de serviço, até porque a atividade de puericultura envolve diversas orientações e mudanças de conduta, que nem sempre os responsáveis estão dispostos a seguir. Por não termos um grupo de ações coletivas para a realização de orientações, em virtude da carência de espaço físico na própria unidade, a adesão da população às ações propostas fica muito prejudicada. Entretanto, embora não tenhamos um espaço físico na unidade que seja adequada para a realização de ações coletivas, temos um vínculo criado com as escolas públicas, onde realizamos atividades de educação em saúde, contando com a participação de médicos, enfermeiros, odontólogos e o NASF, contribuindo para uma abordagem de puericultura para além dos limites territoriais da Unidade.

No que se refere ao Pré-Natal, a assistência é realizada por enfermeiros e médicos, sendo realizada em dois dias da semana. A gestante recebe o Cartão Pré-Natal desde a primeira consulta, que geralmente é realizada pela enfermagem, que solicita os exames complementares preconizados pelo Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 32 do Ministério da Saúde. Temos 100% de cobertura para as gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, mostrando que existe uma excelente cobertura. As vacinações antitetânica e contra hepatite B são realizadas, assim como o encaminhamento à saúde bucal, suplementação de ferro e orientação ao aleitamento materno, além de orientações quanto à necessidade de realização de

um pré-natal adequado, tanto para a gestante quanto para o feto, enfatizando a necessidade da realização de no mínimo seis consultas, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, e três no 3º trimestre. Também é feita a busca ativa por gestantes de forma satisfatória através dos agentes comunitários de saúde.

As principais dificuldades enfrentadas pela Equipe e pela população são o registro incorreto e preenchimento dos dados, como por exemplo, o SIS Pré-Natal, que nem sempre está disponível para seu preenchimento no Cartão da Gestante.

Na prevenção ao câncer de colo uterino, temos que apenas 25% das mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área são acompanhadas na UBS para realização da colpocitologia oncótica. Esse baixo número, ainda que estimado, possui diversas justificativas, como por exemplo os registros incorretos, a realização dos preventivos em outros serviços de saúde, e a ausência de um monitoramento regular das ações de prevenção ao câncer de colo uterino. A população tem uma boa adesão ao serviço de coleta de colpocitologia oncótica, havendo também a liberdade de poder realizar o exame em algum serviço de atenção terciária, quando a paciente recebe um encaminhamento médico para a realização do preventivo com o serviço de Ginecologia. Quando as pacientes realizam o exame na Unidade, é feito o preenchimento de uma ficha específica, que posteriormente é enviada ao serviço de patologia, contendo as principais informações pessoais da paciente. O rastreio é realizado anualmente, a partir dos 25 anos, nas mulheres que já iniciaram a atividade sexual, até os 64 anos. Durante as consultas procuro orientar as mulheres quanto à importância de realização do preventivo anual, que visa a detecção precoce do câncer de colo uterino, que ainda representa uma das principais causas de mortalidade por neoplasias em nosso país. Também oriento às idosas que após os 64 anos, e especialmente para aquelas que não possuem mais vida sexual ativa, não há mais necessidade de realização do exame, caso os dois últimos preventivos tenham dado normais, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Quanto ao controle do câncer de mama, temos uma cobertura de 50% do total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS. Trata-se de um valor razoável, mas ainda mostrando que é necessária uma ampliação da cobertura. A realização de mamografia é feita anualmente ou no

máximo a cada 02 anos, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, nas pacientes de baixo risco para neoplasia de mama.

Durante as consultas e realização do exame preventivo, as mulheres são orientadas a realizar o exame clínico anual das mamas, buscando detectar alterações. Também é realizado o exame clínico médico das mamas, bem como a palpação de cadeias linfonodais. Embora não haja um grupo coletivo de orientação para o controle dos cânceres de mama e colo uterino, as pacientes recebem diversas orientações quanto à necessidade de rastreio destas neoplasias através de campanhas educativas por meio de panfletos e cartazes disponíveis na Unidade, além de propagandas televisivas. Quanto à qualidade do serviço, podemos afirmar que é adequada, pois as pacientes além de serem submetidas à realização do exame médico das mamas anualmente têm um amplo e rápido acesso a realização de mamografias, justificando uma boa adesão da população a este tipo de serviço.

A atenção dada aos pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, de acordo com os indicadores de cobertura, é de 100 e 69%, respectivamente. A Unidade oferece este tipo de atenção de forma livre, sem a adoção de um protocolo ou manual técnico para a abordagem direcionada a estes dois grupos de pacientes. Além disso, não existe um registro específico, ficando o atendimento registrado no prontuário como qualquer outra consulta. O monitoramento regular destes atendimentos não é feito, ficando o cuidado, a cargo dos usuários, que muitas vezes acreditam, que o tratamento para estas comorbidades são restritos à tomada de medicamentos, e avaliações médicas sem periodicidade definida.

Os aspectos positivos observados são que todo paciente atendido tem sua pressão arterial aferida, as medicações em geral são de fácil acesso, especialmente após a implantação do programa federal “Farmácia Popular”, que facilita o acesso financeiro às medições anti-hipertensivas e antidiabéticas. Além disso, outro ponto positivo é o fácil acesso dos pacientes aos exames laboratoriais, pois o centro clínico possui um laboratório com uma oferta ampla de exames. Como principais dificuldades enfrentadas temos a baixa adesão da população às medidas não farmacológicas, isto é, dieta e atividade física, que são o pilar do tratamento para essas doenças. Isso ocorre porque a população tem uma dieta hipercalórica,

hiperglicídica e hiperlipídica, além de não priorizar os benefícios da atividade física, formando um ciclo vicioso, que exige muito esforço para mudança de hábitos. A qualidade da atenção é inadequada, pois a consulta dos pacientes hipertensos e diabéticos é muito complexa, e exige a realização de um exame físico acurado, ajustar medicações, pesquisar complicações, avaliar e anotar exames complementares, além de fornecer orientações aos pacientes. A operacionalização de todo esse espectro de ações exige muita dedicação, atualização e tempo, que em geral é restrito para a demanda excessiva que temos no dia-a-dia do consultório, tornando-se inviável. Os registros não são adequados, pois os pacientes não fazem mais uso das suas cadernetas, não tendo um agendamento das consultas subsequentes, o que acarreta uma perda do vínculo do paciente com a sua equipe, e conseqüentemente, uma redução do cuidado e das ações de promoção e educação em saúde. Como ações coletivas, temos os grupos de caminhadas, que esporadicamente realizam atividades supervisionadas pelo educador físico da Unidade, além de alongamentos e sessões de ginástica.

No que condiz a Saúde do Idoso, temos uma cobertura de 95% dos idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Entretanto, ao avaliarmos os indicadores de qualidade, não obtemos bons resultados, pois não existe um protocolo de atendimento, não é feita a monitorização destes atendimentos, os indivíduos não utilizam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, não é feita a Avaliação Multidimensional Rápida, e apenas 35% desses idosos possuem acompanhamento em dia, dentre outros indicadores que mostram de forma clara uma abordagem inadequada para este grupo populacional específico. De pontos positivos temos um grupo de idosos que se reúne todas as segundas-feiras e fazem diversas atividades de lazer, como cinema, visita a museus, praias, viagens, todos sob a supervisão de uma enfermeira da Unidade e também dos agentes comunitários de saúde. Como já citado, as principais dificuldades enfrentadas são a implementação de uma atenção especial dada ao serviço de Geriatria e Gerontologia, a ausência de avaliação e monitoramento regular dessas ações, bem como a escassez de atividades de educação em saúde.

Os maiores desafios enfrentados pela UBS Santarém são garantir um atendimento de qualidade, enfocando o indivíduo em seu perfil biopsicossocial, com uma equipe multiprofissional completa e envolvida para abordar o indivíduo, através

de uma abordagem centrada na pessoa, por meio do princípio da integralidade. Há grande interesse tanto da população quanto das equipes da Unidade em abordar o indivíduo dentro dessa perspectiva, mas ainda nos faltam condições para que a população receba uma atenção primária à saúde que merece. Além disso, também não podemos esquecer que outro grande desafio é a dificuldade de engajamento público da população, que não sabe como exigir melhorias.

Os melhores recursos que pude notar na UBS são a união da equipe multiprofissional, o elevado grau de resolubilidade do acolhimento, a adesão da população aos principais serviços oferecidos, o vínculo da unidade com a universidade e a sua localização.

Durante o preenchimento dos questionários e dos Cadernos de Ações Programáticas pude notar que não existe uma padronização e um monitoramento regular das atividades executadas na Unidade. A análise situacional me permitiu reconhecer que temos áreas bem distantes do que é preconizada pelo Ministério da Saúde, e que aparentemente não existe nenhuma perspectiva de melhoria, porque a população e os profissionais de saúde estão habituados a trabalhar em condições adversas e/ou insalubres. Além disso, as fichas de registro de acompanhamento das ações não são capazes de informar os dados que são solicitados no Caderno de Ações Programáticas, que tem como base os Cadernos de Atenção Básica, pois o método de preenchimento é obsoleto e enviesado, estando portanto sujeito a falhas. Dessa maneira, não é capaz de informar de maneira fiel o olhar que temos da realidade local, o que nos leva a interpretações equivocadas, e não nos possibilita intervenções sobre as necessidades mais emergentes.

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

Comparando esse relatório com o texto escrito na segunda semana de ambientação, pude perceber que poucas coisas mudaram. A principal mudança foi a minha percepção sobre a minha unidade. Não que tenha mudado de um extremo a outro, mas sim porque nesse momento tenho uma visão mais acurada dos principais pontos positivos e negativos observados desde a segunda semana. O problema da

falta de assistência secundária e exames complementares é uma realidade persistente. Entretanto, não são todos os profissionais especialistas que carecem de servir à comunidade. Ou seja, embora exista difícil acesso a esses serviços, a maior parte desses serviços é de fácil e rápido acesso. Logo, podemos concluir que temos um serviço que atua de maneira eficaz, mas que necessita de melhorias contínuas, visando abranger todas as necessidades da população.

Uma visão muito importante que tive foi a melhora expressiva dos pacientes com problemas de saúde mental. Foi possível perceber que apenas com as consultas houve uma melhora substancial dos pacientes. Além disso, mesmo havendo um número expressivo de idosos, especialmente acamados, não houve piora dos coeficientes de morbimortalidade observados nesses pacientes. Isso mostra a importância do médico de atenção primária para a população.

Mesmo com grandes pontos positivos, ainda persistem os problemas de infraestrutura, ainda existe uma grande carência de medicações na farmácia básica e pouco engajamento público. Portanto, vemos que temos ainda muito trabalho pela frente, mas que nunca podemos desanimar e desistir, pois qualquer ação feita já é um passo à frente em direção a uma saúde de melhor qualidade.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (Brasil, 2006). Nesse contexto, as políticas públicas de saúde devem ter como objetivo assegurar atenção contínua e eficaz a toda população, nos diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde dos indivíduos idosos. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (Brasil, 2010).

A Estrutura da Unidade de Saúde da Família Santarém é relativamente adequada, pois embora não tenha sido construída de acordo com o Manual de Estrutura da UBS, é possível fornecer uma infraestrutura suficiente na maior parte das necessidades da população da área adstrita, que atualmente é de 13.927 pessoas, com uma elevada prevalência de indivíduos idosos. Existem quatro Equipes na Unidade, todas com o mesmo perfil de composição, sendo constituídas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista e cinco agentes comunitários de saúde. Temos ainda dois auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar administrativa, quatro arquivistas e dois guardas noturnos. Além disso, é possível contar com o apoio do NASF, que tem atuação permanente na Unidade. Apesar de contar uma infraestrutura adequada e com profissionais qualificados, os idosos não recebem a atenção devida, o que culmina em uma elevação nos índices de morbimortalidade e gastos com a saúde deste grupo populacional específico.

A população alvo da área adstrita é de cerca de 1506 idosos, e a população alvo atendida pela UBS, isto é, a cobertura, é de 1424 idosos, caracterizando 95% de cobertura. Entretanto, a população alvo atendida na Unidade possui uma adesão muito baixa às ações programáticas desenvolvidas, seja por dificuldades técnicas da equipe, seja pela compreensão do processo saúde-doença ainda voltado para o modelo curativo. As ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas na

Unidade, embora agrupem um número considerável de indivíduos nas atividades de lazer e prática de atividades físicas, não são capazes de alcançar, de forma plena e integral, o conceito de “envelhecimento ativo” difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o final da década de 90, que também significa um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Nesse contexto, é necessário que haja uma intervenção diante dessa problemática, visando uma melhoria dos indicadores de saúde do idoso, sendo fundamental a implementação de uma ação programática que gere envolvimento da equipe, para que de forma conjunta, possamos enfrentar as principais dificuldades e limitações existentes. Para a realização da intervenção, serão estabelecidos como objetivos e metas a ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso, melhoria da qualidade da atenção, melhoria da adesão do idoso ao Programa de Saúde do Idoso, melhoria do registro das informações, mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência e estratégias de promoção à saúde dos idosos.

Nesse sentido, os principais obstáculos que provavelmente enfrentaremos será a dificuldade em realizar uma atenção integral, pois não dispomos de equipamentos e tempo suficiente para a execução de uma abordagem multidimensional que seja capaz de contemplar todas as nuances envolvidas na Atenção ao Idoso. Além disso, teremos dificuldade em realizar ações coletivas e tentar abranger os idosos da área, pois muitos deles possuem limitações de mobilidade, ficando restritos ao ambiente domiciliar. Como facilidades, contaremos com o apoio do NASF, e do pessoal do acolhimento para receber e orientar os idosos quanto ao programa de Atenção ao Idoso que está sendo disponibilizado para a comunidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção a Saúde do Idoso na Unidade de Saúde da Família Santarém, Natal - RN

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- 2) Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- 3) Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
- 4) Melhorar o registro das informações;
- 5) Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- 6) Promover a saúde dos idosos;
- 7) Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica
- 8) Melhorar a qualidade da assistência à Saúde Bucal do Idosos
- 9) Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico

2.2.3 Metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos;

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

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

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

Meta 6.4 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal para 100% dos idosos.

Objetivo 7 Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 9 Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico

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

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

2.3 Metodologia

A melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, incluindo sua saúde bucal, é uma importante ação na promoção da saúde e prevenção de agravos, resultando em uma redução dos índices de morbimortalidade no nosso país. Para melhorar esse atendimento, a equipe de saúde da USF Santarém, de Natal-RN resolveu investir nessa ação programática.

Para a realização dessa intervenção, os protocolos a serem seguidos são o Caderno de Atenção Básica n.º 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do

Ministério da Saúde, ano 2006, e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Série Pactos pela Saúde 2006, volume 12, ano 2010, do Ministério da Saúde.

2.3.1 Detalhamento das Ações:

Para detalhar as ações que serão realizadas durante a aplicação do Projeto de Intervenção, serão contemplados os quatro eixos: Monitoramento e Avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da Prática Clínica, contemplando a Saúde do Idoso e a Saúde Bucal do Idoso.

Saúde do Idoso:

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 50%

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ação: monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde pelo menos mensalmente.

Detalhamento da Ação: A enfermeira da unidade fará o monitoramento a partir dos registros dos ACS em relação ao número de idosos cadastrados e acompanhados pela unidade.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da Unidade de Saúde; atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento das Ações: informar aos ACS os idosos faltosos nas consultas durante cada semana para realização de busca ativa e marcação de nova consulta. Para isso, toda a equipe presente na Unidade, sejam os arquivistas, agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem serão orientados a acolher os idosos que apareçam na Unidade buscando atendimento. Depois de realizado o acolhimento, serão coletados os dados necessários para o cadastramento desses indivíduos, visando atualizar suas informações no SIAB.

Engajamento Público:

Ações: esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de Saúde; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento das Ações: organizar atividades coletivas em grupos para conscientização da população acerca da importância da periodicidade adequada de consultas como preconizado pelas diretrizes. Atividades poderão ser baseadas em rodas de conversa ou palestras.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; capacitação da equipe da Unidade de Saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento das Ações: será feita a capacitação da equipe no acolhimento dos idosos, além de capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, e capacitar a equipe da Unidade de Saúde para a Política Nacional de Humanização. Também será realizada atualização dos profissionais esclarecendo acerca da importância e dos benefícios de um acompanhamento adequado, em virtude da necessidade de diagnóstico precoce e prevenção de complicações que interferem na qualidade de vida do usuário.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção ao Idoso na Unidade de Saúde

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

Metas 2.2 Realizar 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela Unidade da Saúde; monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde; monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo adotado na Unidade de Saúde; monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente (pelo menos anualmente); monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente (pelo menos anualmente); monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, e monitorar o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período do Projeto de Intervenção.

Detalhamento das Ações: para o monitoramento e avaliação das ações supracitadas, será realizado preenchimento das fichas-espelho, onde se encontram as informações de cada usuário.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (Teste de Snellen, balança, antropômetro, otoscópio, cadeira, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, esfigmomanômetro, monofilamento de 10g) durante as consultas, com o material disponível no consultório médico; definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos durante as reuniões e capacitações da Equipe; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado; organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares; garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; garantir a solicitação de 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 através da observação direta feita pelos ACS; realizar controle de estoque (incluindo validade de medicamentos) na Farmácia Básica presente na Unidade de Saúde; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde; garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa; organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção; melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na Unidade de Saúde; melhorar o acolhimento aos idosos portadores de DM; garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na Unidade de Saúde; organizar acolhimento a idosos na Unidade de Saúde, bem como cadastrá-los,

oferecendo atendimento prioritário, e organizar agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos.

Detalhamento das Ações: para a garantia dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, os instrumentos utilizados serão de propriedade individual da equipe, sendo o seu uso destinado de acordo com o princípio da equidade, e contemplando todos os aspectos citados da Avaliação. A definição das atribuições de cada profissional da equipe será realizada em reuniões semanais. Para garantir a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, será utilizada ficha-espelho, que servirá como um check-list destinado ao exame de todos os idosos avaliados. A organização da agenda terá periodicidade semanal, incluindo os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, e incluindo também para realização de visitas domiciliares os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para garantir a referência e contrarreferência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, estes serão encaminhados aos profissionais especialistas, sendo enfatizado durante o atendimento a importância do preenchimento da contrarreferência, e será informado em reunião com a Secretaria de Saúde sobre a importância do fácil acesso destes pacientes a estes profissionais. Os exames complementares deverão ser solicitados a todos os idosos, e este controle será feito por toda a equipe. Em reunião com Secretaria de Saúde será enfatizado com o gestor municipal facilidade para a realização dos exames complementares. Os agentes comunitários de saúde, em conjunto com a equipe, realizarão a checagem da realização dos exames complementares solicitados pelo médico, bem como serão responsáveis por informar ao médico sobre a solicitação de exames complementares a todos os idosos da microárea. O controle de estoque, incluindo a validade dos medicamentos, será realizado pelos auxiliares da Farmácia Básica, e estes serão também responsáveis por manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde. O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa será garantido por meio de relação de todos os idosos da área, com o detalhamento das principais comorbidades existentes. Dentre elas, será priorizado o acolhimento para aquele idoso portador de HAS e DM. O material adequado para a aferição da medida de pressão arterial na Unidade de Saúde será aquele já utilizado

no Serviço, e também aquele de uso pessoal dos profissionais envolvidos no Projeto. Para a realização de hemoglicoteste, será solicitado ao gestor municipal que disponibilize tais aparelhos para um melhor controle glicêmico. Os idosos deverão ser acolhidos na Unidade de Saúde, sendo oferecido atendimento prioritário aos idosos da Unidade de Saúde, e realizado cadastramento no Programa por meio do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados. Será discutida com a dentista da equipe a disponibilidade de vagas para o atendimento em saúde bucal dos idosos, organizando a agenda para a realização deste serviço, e por meio dela, como também por meio da Planilha de Coleta de Dados de Saúde Bucal do Idoso, monitorada a utilização do serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Engajamento Público:

Ações: orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde; orientar a comunidade sobre os casos em que se deve realizar visita domiciliar; orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS; orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM; informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos; informar a comunidade sobre

atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para a saúde geral; além de demais facilidades oferecidas no sistema de saúde; esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realização de exames bucais; ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento das Ações: para a execução das ações acima, serão fornecidas orientações aos pacientes durante as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, como também durante a realização das rodas de conversa e palestras, que serão agendadas de acordo com o cronograma. E ainda, serão fornecidos panfletos e distribuídos cartazes ao longo da Unidade, contendo as principais informações acima.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas; capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e/ou DM; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda a área de abrangência; orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar (VD); capacitar a equipe da Unidade de Saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito; capacitar a equipe da UBS para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, ou para aqueles com diagnóstico de HAS; capacitar a equipe para realizar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos; capacitar a equipe para realizar acolhimento do

idoso de acordo com o 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 das Ações: as ações de capacitação serão realizadas durante as reuniões de Equipe, tendo como modelo os manuais técnicos do Projeto de Intervenção, sendo aberto espaço para questionamentos, treinamento, tira-dúvidas, orientações e planos de atuação. A atualização profissional será realizada por meio da execução das diretrizes pré-estabelecidas nos protocolos adotados no Projeto de Intervenção. Os ACS serão orientados durante as reuniões sobre o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar individual dos idosos, bem como para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Objetivo 03: melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Metas 03 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ação: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de Saúde;

Detalhamento da Ação: informar aos ACS os faltosos nas consultas durante cada semana para realização de busca ativa e marcação de nova consulta.

Organização e Gestão do Serviço:

Ação: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares;

Detalhamento da Ação: após visita domiciliar realizada pelo ACS, será marcada nova consulta em turno pré-determinado, caso o paciente esteja impossibilitado de comparecer à UBS por deficiência física ou imobilidade, sendo agendada visita domiciliar por profissional de nível superior, médico ou enfermeiro, para devida avaliação.

Engajamento Público:

Ações: informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;

Detalhamento das Ações: organizar atividades coletivas em grupos (conforme datado no cronograma do Projeto de Intervenção), para conscientização da população acerca da importância da periodicidade adequada de consultas como preconizado pelas diretrizes. As atividades poderão ser baseadas em rodas de conversa ou palestras

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento da Ação: realizar atualização dos profissionais esclarecendo acerca da importância e dos benefícios de um acompanhamento adequado, em virtude da necessidade de um diagnóstico precoce e prevenção de complicações que interferem na qualidade de vida do usuário.

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;

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: preencher as fichas de registro de coleta de dados (fichas-espelho), e informando se os idosos possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: manter as informações do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o 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, e solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: as informações do SIAB serão atualizadas na medida em que os dados dos idosos forem coletados, sendo colocados na planilha de coleta de dados e através do preenchimento das planilhas do PMAQ, contando com o apoio do NASF e da direção administrativa. A planilha de registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos será fornecida aos profissionais de saúde da Unidade e colocada em anexo ao prontuário dos usuários. O registro e monitoramento das informações será realizado por todos os profissionais de saúde presentes na equipe, garantindo, dessa maneira, a implantação de sistema de alerta individual para identificação precoce de usuários com atraso na realização de exames complementares, e não realização de Avaliação Multidimensional Rápida. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será fornecida a todos os usuários e o monitoramento de entrega será realizado por meio de solicitação para preenchimento da consulta diária.

Engajamento Público:

Ações: orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a Caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento das Ações: durante as ações coletivas, consultas e visitas domiciliares, os usuários serão informados pelos profissionais sobre a importância de um registro adequado sobre seu estado de saúde, que será realizado na Unidade de Saúde pelos profissionais e através da distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Desta forma, serão identificadas situações de riscos potenciais para

a sua saúde, possibilitando aos profissionais o planejamento e organização de ações como prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos; capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: as sessões de treinamento serão realizadas durante as reuniões de equipe, havendo abertura constante para eventuais dúvidas por parte do médico e da enfermeira, além de haver sessões de orientação de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com o cronograma.

Avaliação de Risco: mapear os idosos de risco da área de abrangência

Metas 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;

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, e monitorados todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das Ações: O rastreio quanto ao risco de morbimortalidade e quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice será realizado pela implantação dos protocolos adotados na Unidade, por meio de todos os profissionais de saúde da Equipe, durante as consultas e avaliações. E o monitoramento da rede social será realizado através de relato informado dos ACS com os demais membros da equipe, sendo dado enfoque especial para aquele idoso com rede social deficiente

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade; priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, e facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das Ações: uma vez identificados os idosos de maior risco de morbimortalidade, será dada prioridade no agendamento de consultas a estes pacientes, sendo discutida em equipe a necessidade de visita domiciliar para aqueles que se mostram com rede social deficiente, para possível intervenção do NASF.

Engajamento Público:

Ações: orientar aos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando este apresentar alto risco; orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, etc.) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento das ações: durante as ações coletivas os idosos serão instruídos sobre o risco individual, e orientados para que, nessas condições, haja um acompanhamento mais frequente, conforme definido nos protocolos adotados. Para esses idosos, bem como para a comunidade, será informado sobre a possibilidade de atendimento prioritário durante o agendamento das consultas. E ainda, os idosos serão estimulados a participar de grupos de socialização presentes na comunidade e também disponíveis na Unidade de Saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, e capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento das Ações: as ações de capacitação serão realizadas durante as reuniões com as equipes, onde serão discutidos os protocolos adotados para o rastreio quanto ao risco de morbimortalidade, havendo orientação para investigação

quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice, e orientações sobre avaliação da rede social, também utilizando como base os protocolos.

Objetivo 06: promover a saúde dos idosos

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição; monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular; monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações: o monitoramento das ações acima será realizado por meio de coleta de dados dos prontuários e por obtenção das informações destinadas ao preenchimento das fichas-espelho.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; demandar ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, e organizar um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das Ações: a definição dos papéis dos membros da equipe será realizada durante as reuniões, após comum acordo entre os membros. A solicitação ao gestor municipal para parcerias institucionais para realização de atividade física será executada durante as reuniões programadas segundo o cronograma. Será fornecido um tempo médio de consultas dos profissionais para orientações em nível educacional sobre promoção da saúde.

Engajamento Público:

Ações: orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis; orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das Ações: as orientações sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular e importância da higiene bucal e de próteses dentárias será dada continuamente, durante as consultas, rodas de conversa, palestras, visitas domiciliares, sempre que necessário e oportuno.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento das Ações: a capacitação da equipe será realizada durante as reuniões de equipe, sendo informados e divulgados os “Dez Passos para alimentação saudável”, dando enfoque prático para orientações de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Em relação ao grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, serão reiteradas as principais informações genéricas a estes grupos populacionais específicos, havendo também a exposição de cartazes nos consultórios e palestras. A realização de atividade física regular também estará incluída na capacitação de orientações da equipe, assim como sobre higiene bucal e de próteses dentárias.

Saúde Bucal do Idoso:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à Saúde Bucal do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% dos idosos cadastradas

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento das Ações: Pactuar com equipe de Saúde Bucal monitoramento semanal da cobertura da primeira consulta odontológica.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS; atualizar os dados do SIAB; organizar a agenda para reservar horário para atendimento odontológico aos idosos da área da UBS de acordo com a meta proposta; identificar o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa; definir quais ações coletivas serão realizadas; estabelecer o número total de ações coletivas em 3 meses, bem como sua periodicidade; identificar os profissionais da equipe que participarão das ações coletivas; organizar temas de interesse para os idosos; elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

Detalhamento das Ações: Será discutido em reunião de equipe o fluxo do cadastramento. Todo idoso que comparecer a unidade deve ser cadastrado. Além disso deverá ser pactuado quantidade mínima de consulta disponibilizada por semana. Em relação as ações coletivas, médico, enfermeira, e equipe de saúde bucal vão organizar ações coletivas que aborde o tema da higiene bucal, principais doenças e prevenção de doenças odontológicas.

Engajamento Público:

Ações: esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS; identificar na comunidade pontos para melhor divulgação das ações coletivas em saúde bucal; estabelecer com a comunidade estratégias de divulgação das ações coletivas em saúde bucal; informar a população sobre a importância da participação nas atividades coletivas; identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

Detalhamento de ações: Será realizada atividade coletiva abordando a importância dos cuidados com a saúde bucal. Nas consultas e visitas também será feito o esclarecimento da comunidade sobre o tema.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS; capacitar a equipe no acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade sobre a necessidade do idoso de realizar consulta odontológica; capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa; capacitar a equipe para realização das ações coletivas em saúde bucal;

Detalhamento das Ações: A equipe de Saúde Bucal deverá planejar capacitação sobre o tema para todos os membros da equipe. Essa capacitação qualificará toda a equipe para abordagem dos cuidados com a Saúde Bucal.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde

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

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

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

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento; monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído; monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos; monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS; monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

Detalhamento das Ações: Será feito semanalmente monitoramento pela equipe de Saúde Bucal com primeira consulta realizadas, mucosa alterada, atendimentos odontológicos em domicílio e avaliação de prótese. Após realização da avaliação dos resultados serão propostas ações de melhoria da assistência de saúde bucal.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: organizar sistemas de alertas para identificar idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programáticas e que necessitarão de tratamento; organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento; garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico; garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal; disponibilizar protocolo impresso de atendimento da primeira consulta odontológica programática; disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca; organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico; organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; demandar adequação no consultório para realização da etapa clínica das próteses; solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde;

Detalhamento das Ações: Pactuar com a equipe de Saúde Bucal, fluxo para identificar usuários que realizaram atendimento saúde bucal e garantia de conclusão do tratamento odontológico. Fortalecer o diálogo com rede secundária e terciária de Saúde bucal, viabilizando o encaminhamento de usuários mais graves.

Engajamento Público:

Ações: esclarecer para a comunidade que a primeira consulta odontológica programática definirá a necessidade ou não de tratamento subsequente; esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas; esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca; esclarecer a população sobre a importância do exame da mucosa pelo profissional de saúde

(cirurgião-dentista) durante a consulta; ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento odontológico de idosos acamados; esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldades de locomoção; esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias; sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.

Detalhamento das Ações: Promover atividades coletivas com o objetivo de viabilizar o esclarecimento e informação da comunidade sobre a importância dos cuidados de Saúde Bucal. Além de promover um espaço que permita aos usuários sobre estratégias para melhorar a acessibilidade do atendimento odontológico aos idosos acamados.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar a equipe de saúde bucal no protocolo da primeira consulta odontológica programática; capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa, edentulismo, doenças periodontais, hipossalivação, cárie de raiz; capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (Ver Cadernos de Atenção Básica: *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, Cap. 3); capacitar a equipe da saúde para identificar alterações de mucosa; capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência; capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares; capacitar os ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares; qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios; capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares; capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso de próteses dentárias; capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

Objetivo 03: melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

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

Metas 3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes

Eixo: **Monitoramento e Avaliação:**

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

Detalhamento das Ações:

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das Ações: Pactuar com os agentes comunitários realização de busca ativa dos idosos faltosos a consultas. Além disso, será reservado 05 vagas por semana para os idosos provenientes da busca ativa.

Engajamento Público:

Ações: informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas esclarecer a equipe sobre importância das consultas e ouvir a comunidade sobre sugestões que possam minimizar a evasão.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; definir com a equipe a periodicidade das consultas;

Detalhamento das Ações: A equipe de Saúde Bucal deverá realizar treinamento com os ACS com o objetivo de uma orientação adequada em relação a periodicidade das consultas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a qualidade dos registros de idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Detalhamento das Ações: Será feito o monitoramento mensalmente pela auxiliar de saúde bucal para avaliar os resultados e melhorar o registro realizado.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento odontológicos dos idosos da área da UBS; definir responsável pelo monitoramento dos registros; solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Será pactuado com equipe de Saúde Bucal o monitoramento odontológico dos idosos. Em reunião de equipe será feita a solicitação da caderneta de poupança ao gestor da Unidade.

Engajamento Público:

Ações: orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas realizadas na unidade será feita a orientação e esclarecimento sobre os direitos sobre os registros em saúde e sobre a caderneta de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento odontológico aos idosos; capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Realizar o treinamento da equipe para preenchimento correto da caderneta de Saúde e sobre os dados para acompanhamento em saúde bucal.

Avaliação de Risco: mapear os idosos de risco da área de abrangência

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento das Ações: Realizar avaliação das fichas de atendimento para identificar e acompanhar os idosos de alto risco.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento das Ações: Os idosos de alto risco deverão ser encaminhados para atendimento a qualquer momento devido aos critérios de risco.

Engajamento Público:

Ação: orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

Detalhamento das Ações: Orientar a comunidade nas atividades coletivas que serão realizadas na unidade

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento das Ações: A odontóloga da equipe fará uma capacitação para os membros da equipe possibilitando que todos os profissionais estejam aptos para identificar os fatores de risco para saúde bucal.

Objetivo 5: Promover Saúde

Meta 5 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Monitoramento e Avaliação:

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática; monitorar a realização de orientação a prática de exercícios físicos entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática; monitorar as orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal; monitorar as orientações sobre higiene da saúde bucal.

Detalhamento das Ações: checar o registro dos idosos atendidos na primeira consulta odontológica programática e certificar-se quanto ao recebimento de orientação nutricional, bem como em relação à prática de exercícios físicos. Realizar orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal durante as consultas odontológicas e durante as ações coletivas de saúde bucal direcionadas aos idosos.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual; disponibilizar material ilustrativo (se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

Detalhamento das Ações: Todos os profissionais devem orientar os idosos sobre os cuidados com a higiene bucal.

Engajamento Público:

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo; esclarecer a comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal; orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das Ações: Promover uma atividade coletiva para orientar os idosos sobre os cuidados com a higiene bucal

Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos; capacitar a equipe para oferecer orientações sobre tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal; capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das Ações: Realizar capacitações sobre estratégias de orientação sobre hábitos de vida saudáveis. Para isso, deverá ser utilizado material do Ministério da Saúde e poderá ser realizado pela equipe de Saúde Bucal e NASF.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são utilizados para acompanhar o projeto, e assim, observar a evolução ao longo dos três meses de aplicação. São eles:

Saúde do Idoso:

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

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

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

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

Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

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

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

Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

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

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

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

Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

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

Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

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

Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

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

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

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

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

Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

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

Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

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

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

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

Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 06 Promover a saúde dos idosos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

Saúde Bucal do Idoso:

Objetivo 01 Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

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

Indicador Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas da UBS

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 02 Melhorar a Qualidade da Atenção à Saúde Bucal do Idoso

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

Indicador 2.1 Proporção de idosos com necessidade de tratamento

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

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

Indicador 2.2 Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

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

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

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

Indicador 2.3 Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

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

Indicador 2.4 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam a visita do dentista.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção.

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

Indicador 2.5 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 03 Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico

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

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

Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

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

Indicador 3.2 Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa

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

Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento

Objetivo 4 Melhorar o Registro das Informações

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

Indicador 4.1 Proporção de idosos com registro adequado

Numerador: Número de registros específicos atualizado

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

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

Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática

Objetivo 5: Promoção da Saúde

Meta 5.1 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Indicador 5.1 Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática

2.3.3. Logística

A logística da intervenção contará com várias ações específicas. Usaremos como protocolos oficiais os impressos Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, volume 12, ano 2010, e o Caderno de Atenção Básica número 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Ministério da Saúde, 2006. Na Unidade de Saúde onde será realizada a intervenção existe cópias desses documentos.

Para registro específico das ações, viabilizando o monitoramento, serão utilizadas duas fichas espelho, sendo uma de Saúde do Idoso, e outra de Saúde Bucal do Idoso, onde se encontram todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, dados da consulta clínica (incluindo as principais comorbidades existentes), medicações de uso contínuo, fluxograma dos exames laboratoriais, classificação de risco de cárie, classificação de risco de doenças periodontais, classificação de risco das alterações de mucosas, avaliação de risco odontológico, avaliação clínica odontológica e monitoramento de atividades educativas individuais. Essas fichas já existem e serão impressas na Unidade em cópias suficientes, quando será iniciado o seu uso. O verso das fichas espelho será utilizado como uma ficha complementar para o

registro de determinadas informações consideradas importantes para a equipe multiprofissional. Apenas a enfermeira, o médico e a dentista farão anotações nessas fichas. O preenchimento será padronizado em reunião com os profissionais responsáveis.

Para o acompanhamento mensal e monitoramento regular da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, em formato Excel. Nessa tabela será registrada de forma simplificada as informações acima, e o seu preenchimento será realizado apenas pelo médico, com periodicidade semanal. Durante as reuniões poderão ser realizados alguns ajustes, entretanto estes não interferirão no preenchimento das planilhas, pois o registro ficará sob responsabilidade exclusiva de uma única pessoa, de forma a unificar a construção das mesmas. Ao final de cada semana, os atrasos serão avaliados e o ACS responsável pelo idoso será alertado para realização de busca ativa.

Reuniões de equipe são realizadas semanalmente na Unidade. Devido à essa periodicidade, aparentemente a Equipe ficará sobrecarregada, mas as discussões acontecerão durante a própria reunião da Equipe, que ocorre todas as sextas-feiras, onde são discutidos os pontos em andamento do projeto. Antecipadamente, serão reservados cerca de 15 a 20 minutos de cada reunião para capacitação e definição dos papéis de cada profissional na intervenção, quanto à busca ativa e informações técnicas contidas nos Manuais. E ainda, serão padronizadas as informações, condutas, preenchimento de dados e fichas. Cada indivíduo idoso será vinculado a um ACS para a criação da rede de alerta para as principais dificuldades enfrentadas.

Durante as reuniões, também será organizada a agenda semanal para realização de consulta com os idosos, sendo dada preferência àqueles com mais comorbidades. Iniciaremos as reuniões com as definições de papéis e padronização. Logo em seguida serão feitas as reuniões de capacitação, e por fim as reuniões de avaliação.

A equipe de saúde bucal também participará das reuniões, sendo dado enfoque específico para organização de consultas agendadas, padronização de registro e cooperação na intervenção. A enfermeira e o médico, agentes principais dessa intervenção, contarão com encontros de duração média de 20 minutos, cerca de

duas vezes por semana, para discussão de informações técnicas, padronização de condutas e registro, e capacitação mútua, segundo os manuais utilizados.

Serão realizadas duas reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde. A primeira para formar parcerias e contar com a ajuda da instituição para a realização da intervenção, bem como para solicitar agilidade na realização dos exames e reposição do estoque de medicamentos necessários e de vacinas. Nessa reunião, também será organizada a via de referência e contrarreferência para os idosos com necessidade de seguimento geriátrico especializado. A segunda reunião será realizada para monitoramento, avaliação e melhora dos pactos feitos e realização de novos pactos, caso necessário.

Os agentes comunitários de saúde, juntamente com as técnicas de enfermagem, ficarão responsáveis pela organização da agenda de consultas com o médico e a enfermeira. O acolhimento dos idosos também será realizado pelas técnicas de enfermagem, em qualquer dia da semana e em qualquer momento de funcionamento da Unidade de Saúde em questão, sendo a consulta voltada para os objetivos descritos no projeto de intervenção. Os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Aqueles que estiverem atrasados nas consultas ou que estiverem com algum tipo de intercorrência terão prioridades nesse agendamento, sendo tentado o agendamento no mesmo dia ou no máximo na mesma semana. O registro dos idosos que irão comparecer ao grupo de idosos criado é responsabilidade de toda a Equipe, pois somente assim conseguiremos atrair um maior número de idosos, convocando-os a participarem dos grupos, sendo a participação dos mesmos livre a qualquer idoso que desejar ingressar nas atividades.

Será solicitada à Secretaria de Saúde alguns cartazes e panfletos com orientações sobre a importância da atenção ao idoso, com as principais informações necessárias durante essa fase da vida. Os cartazes serão fixados na Unidade, em locais de fácil acesso e visibilidade. Os panfletos serão distribuídos para os idosos durante as consultas e na recepção da Unidade. Também serão disponibilizados para orientação da população em geral, sendo ofertados pelos ACS e durante as reuniões com a comunidade. Caso necessário, a enfermeira e o médico se comprometerão na elaboração de outros panfletos e cartazes.

3 Relatório da Intervenção

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

A intervenção ocorreu durante um período de 12 semanas. Foram semanas intensas e repletas de trabalho, com mudanças notórias na dinâmica do serviço da Unidade. Algumas ações programadas tiveram que ser alteradas, enquanto outras ocorreram de forma plena, mas, de uma forma geral, os objetivos da intervenção foram alcançados.

Em relação às ações de capacitação da equipe, elas foram realizadas nas duas primeiras semanas do Projeto de Intervenção, com os agentes comunitários de saúde (ACS) e as técnicas de enfermagem, sendo apresentada a AMDR (Avaliação Multidimensional Rápida), de forma a capacitar esses profissionais para a identificação precoce dos indivíduos de risco para as comorbidades ali discriminadas. Os protocolos do Ministério da Saúde adotados no Projeto foram disponibilizados no consultório médico e de enfermagem, para que pudessem ser utilizados durante as consultas, e sendo também de fácil acesso para quaisquer outros profissionais.

Em virtude do grande número de idosos na área de abrangência, foi realizada a aplicação da Escala de Coelho, a fim de estratificar o risco individual de cada usuário, priorizando aqueles de maior risco. Para aqueles idosos acamados ou com problemas de locomoção, foi feita, após capacitação, orientação pelos ACS e visita domiciliar quando houvesse disponibilidade na agenda semanal. Em geral, eram realizadas 5 a 6 visitas domiciliares por semana. Sob essa ótica, de forma a não comprometer a rotina do serviço, ficou sendo realizado o preenchimento das fichas-espelho de uma forma adaptada. E tendo em mente os aspectos nelas descritos, eles foram abordados durante as consultas de rotina.

Durante o preenchimento da Planilha de Coleta de Dados de Saúde do Idoso, notou-se que não é possível diferenciar idosos hipertensos de idosos diabéticos, ficando os dois grupos com o mesmo padrão de preenchimento. Além disso, os usuários hipertensos e diabéticos também não são discriminados. Existe, portanto, uma discordância entre os dados coletados nas Planilhas de Coleta de Dados de Saúde do idoso, que são, em geral, mais abrangentes e simples, com os dados coletados na AMDR e fichas-espelho, que são tecnicamente mais complexos.

No que se refere à AMDR, embora acredite ser muito salutar, noto que alguns dados coletados são de pouca valia, como por exemplo, a realização do Teste de Snellen em todos os idosos, e o teste do sussurro nos usuários sem déficit auditivo. Dessa maneira, a AMDR ficou sendo preenchida durante as consultas apenas para aqueles indivíduos avaliados com maiores necessidades, e de forma direcionada, pois a aplicação dos questionários para todos os idosos durante as consultas gerais tornava a rotina do serviço inviável.

Os atendimentos clínicos aconteceram de forma integral, com o médico e a enfermeira. Como havia um grande número de idosos na Unidade, os dados coletados nas fichas-espelho foram então colocados nas Planilhas de Coleta de Dados (PCDs) ao longo das 12 semanas.

Dessa forma, os idosos foram sendo selecionados caso a caso, pelo médico e enfermeira inicialmente, e foram sendo aplicadas as AMDRs durante as visitas domiciliares, através das buscas ativas, ou durante as consultas gerais para aqueles usuários com algum diagnóstico sindrômico que estivesse incluído na AMDR, como por exemplo síndrome demencial, transtorno do humor, déficits sensoriais.

Durante os atendimentos, pudemos notar uma maior satisfação dos usuários com a realização dos serviços prestados. Foi difícil chegar até aqui, mas atualmente podemos dizer que a demanda dos usuários da área de abrangência encontra-se sob controle, e a partir disso, podemos realizar ações de promoção, orientação, individuais e coletivas.

Previamente às consultas, os idosos eram acolhidos, sendo realizada aferição da pressão arterial, peso e altura. Durante as consultas, eram orientados quanto a hábitos nutricionais saudáveis e a prática regular de atividades físicas, vacinação,

uso correto das medicações, cuidados com saúde bucal, entre outras orientações pertinentes. Além disso, eram examinados, com avaliação para fragilização, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação de risco para morbimortalidade, e avaliação de risco para saúde bucal. Em seguida, era averiguada se a solicitação de exames complementares estava em dia e se a prescrição de medicamentos era prioritariamente do Programa Farmácia Popular. As Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa foram todas entregues aos usuários, esgotando o estoque da Unidade e da Secretaria Municipal de Saúde. Sendo assim, não pudemos dar continuidade a esta meta do Projeto, deixando alguns idosos sem a Caderneta.

Conforme esperado, houveram poucos indivíduos faltosos, em número de cinco indivíduos, e para esses foi realizada busca ativa, após orientação aos agentes. Os exames eram solicitados pelo médico ou pela enfermeira, e seus resultados eram acompanhados e registados nas fichas-espelho, que serviram de subsídio para o preenchimento das Planilhas de Coleta de Dados (PCDs).

Em todas as consultas essas informações eram registradas no prontuário e também na fichas-espelho utilizadas. Da mesma forma, os dados eram semanalmente cadastrados na PCD. Assim, não houveram dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento de coletas de dados e cálculos dos indicadores.

Ao longo do tempo e com andamento da intervenção, foi possível notar uma menor demanda de usuários buscando a Unidade, com menos agravos agudos, e isso permitiu que tivéssemos tempo para definir e implantar novas etapas do Projeto de Intervenção, bem como discutir as novas necessidades que estão sendo observadas pela Equipe.

As reuniões de equipe aconteceram semanalmente, nas sextas-feiras, com a minha presença alternada com a presença da enfermeira. As reuniões de capacitação começaram antes da intervenção ser implementada, para que tudo fosse discutido e orientado. Dessa maneira, na primeira semana de intervenção a capacitação dos ACS e técnicas de enfermagem já havia sido realizada, e as definições de agendamento já haviam sido feitas. Depois, passamos a ter apenas

reuniões pontuais, para fazer pequenos ajustes, propor alterações e avaliar o andamento da intervenção.

Um ponto de extrema importância para a realização das ações de orientação foi o grupo de idosos do NASF, qualificando o trabalho da UBS. A equipe incorporou as ideias do projeto, realizando oficinas, palestras, atividades físicas, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, higiene, limpeza, beleza, nutrição, atividades lúdicas e apresentações dinâmicas em projeção. Isso permitiu que a cada semana mais e mais idosos participassem das atividades envolvidas, sendo realizada busca ativa e convite a todos aqueles participantes cadastrados no Programa. Dentro dessa perspectiva, as nossas metas de realização de reuniões com a comunidade foram atingidas, pois foram realizadas atividades de esclarecimento, tira dúvidas, abordagem familiar estresse do cuidador e abordagem geriátrica global.

Tivemos momentos de encontro excelentes, pois foi através de ações como estas que pudemos também apresentar a comunidade a importância da sua participação nas atividades da Unidade, bem como a maior resolutividade na solução de problemas ao contar com uma equipe multiprofissional, pois estiveram presentes o educador físico, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, além de estudantes universitários. Durante as visitas domiciliares, observamos ser uma proposta de trabalho muito interessante, pois os usuários não esperavam que um serviço como esses fosse realizado. Então surgiram diversos sentimentos por parte deles: curiosidade, surpresa, gratidão, reconhecimento, satisfação. Pudemos notar que são pessoas que precisam muito de atenção, orientação, cuidado próximo e contínuo, e que esses sentimentos são fundamentais para que elas desenvolvam a perspectiva do autocuidado, pois quando elas percebem a presença da Unidade, elas desenvolvem um sentimento de segurança, apoio, proteção, e assim, passam a ser mais entusiasmadas com a sua própria saúde.

Percebemos o quanto a comunidade tem problemas sociais envolvidos, como famílias com usuários de drogas, filhos criados sem acompanhamento escolar, alcoolismo e outras drogas, gravidezes não-planejadas, analfabetismos e semi-analfabetismo, adultérios e suas repercussões, conflitos entre vizinhos, transtornos do humor e de ansiedade, estresse do cuidador, descuidos com idosos, maus-tratos com crianças e idosos, e elevada prevalência de doenças crônicas não-

transmissíveis. Mas também pudemos notar o quanto essas pessoas são esperançosas, e gratas ao serem acolhidas, ouvidas. Esses encontros serviram para notarmos que a realidade vigente pode ser alterada, e que a insatisfação dos usuários com os serviços pode ser modificada quando for apresentada a importância do engajamento dos profissionais com o comprometimento e preservação da saúde pública.

Além da boa interação da equipe multiprofissional, o contato próximo entre o médico e a enfermeira ao longo da intervenção foi fundamental para um planejamento adequado do Projeto.

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

Dentre as atividades previstas que não foram realizadas podemos destacar as reuniões com a SMS que não foram possíveis de serem realizadas, pois segundo a Direção da Unidade, seria realizada uma reunião com o Secretário de Saúde do Município, o que seria totalmente inviável. Inclusive fui orientado a tentar articular ideias e ações apenas dentro do espaço físico da Unidade, para que o seguimento do cronograma não fosse comprometido.

Outro problema que desde o início do Projeto se mostrou uma grande barreira foi a Equipe de Saúde Bucal. Isso se deveu porque, inicialmente, a Equipe estava restrita a apenas uma odontóloga, que embora bastante disponível, alegava sua baixa resolubilidade devido à escassez de materiais. Dessa forma, os usuários ficam e permanecem extremamente prejudicados por não haver tratamento odontológico disponível na Unidade, que seja capaz de suprir as demandas da comunidade. Portanto, o que restou foi um aprendizado teórico-prático sistematizado sobre as principais afecções da cavidade oral em idosos, sendo realizada avaliação durante as consultas. Uma atividade que começou a ser cumprida, mas logo depois interrompida, foi a colagem de cartazes, pois segundo a SMS, não eram permitidos.

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

Dentre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, podemos citar a elaboração da estratégia criada para conseguir coletar a maior parte dos dados sem prejudicar a rotina já implantada no serviço. Então observamos que o preenchimento das fichas-espelho de forma completa não tornou-se possível durante as consultas devido ao elevado contingente de indivíduos idosos na área de abrangência da Equipe 035. Dessa forma, foi necessário coletar os dados de uma forma direcionada, aplicando a AMDR apenas àqueles idosos onde havia comorbidades que exigissem a avaliação geriátrica global. Nos demais casos, essa coleta foi realizada de maneira satisfatória através de capacitação dos ACS para a identificação das principais comorbidades presentes em idosos e que estavam descritas nas PCDs. Então dessa forma conseguimos superar essa dificuldade de registrar as informações de 100% dos idosos em apenas 3 meses, tornando possível manter um dos objetivos da Intervenção.

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

As ações coletivas realizadas nos três meses fazem parte das atividades que esperamos manter após o fim do projeto, e não apenas com os idosos, mas com a população como um todo. Foi diante de momentos como este que foi possível realizar a interação entre a equipe e a comunidade, e para conhecer melhor a população da área de abrangência, com seus anseios, dúvidas, reclamações, questionamentos, problemas e necessidades.

Uma vez realizada a implantação do Projeto de Intervenção, foram apresentados para a Equipe as planilhas e os resultados obtidos. Isso representa um valioso banco de dados com as principais informações acerca da saúde dos usuários maiores de 60 anos de idade da área de abrangência. Após ter sido feita a

apresentação, acredito que os profissionais envolvidos irão incorporar com ainda mais afinco as ações da intervenção à rotina do serviço.

Acredito que a rotina dos atendimentos, visitas domiciliares e registro dos dados serão incorporados ao serviço sem problemas, pois o projeto possibilitou que a equipe pudesse ver como essas mudanças simples no cotidiano do trabalho fazem a diferença na qualidade do serviço prestado e no processo de trabalho dos profissionais.

Portanto, acredito que o ideal é irmos caminhando devagar, analisando cada passo dado através de uma reflexão crítica, e observando quais são os próximos passos que podemos dar, e até onde podemos e devemos ir, buscando desenvolver uma nova abordagem na atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Santarém.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados da intervenção foram bem consistentes. Primeiramente, o objetivo geral foi alcançado, reforçando a importância da intervenção estabelecida na Unidade, e os resultados foram notados na comunidade e na análise dos dados. Algumas metas foram alcançadas parcialmente, embora, de uma forma geral, os resultados obtidos tenham sido bastante positivos.

A população alvo da área adstrita é de cerca de 1506 idosos, e a população alvo atendida pela UBS, isto é, a cobertura, é de 1424 idosos, caracterizando 95% de cobertura. Entretanto, a população alvo atendida na Unidade possui uma adesão muito baixa às ações programáticas desenvolvidas, seja por dificuldades técnicas da equipe, seja pela compreensão do processo saúde-doença ainda voltado para o modelo curativo. As ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas na Unidade, embora agrupem um número considerável de indivíduos nas atividades de lazer e prática de atividades físicas, não são capazes de alcançar, de forma plena e integral, o conceito de “envelhecimento ativo” difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o final da década de 90, que também significa um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Especificamente, conseguimos ao longo das 12 semanas ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, gerando o cadastramento de 100% dos idosos da microárea. No primeiro mês foram cadastrados 127 idosos (37%), no segundo mês 282 idosos (82,2%) e no terceiro mês 343 idosos (100%). Isso pode ser observado de acordo com o gráfico a seguir.

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

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

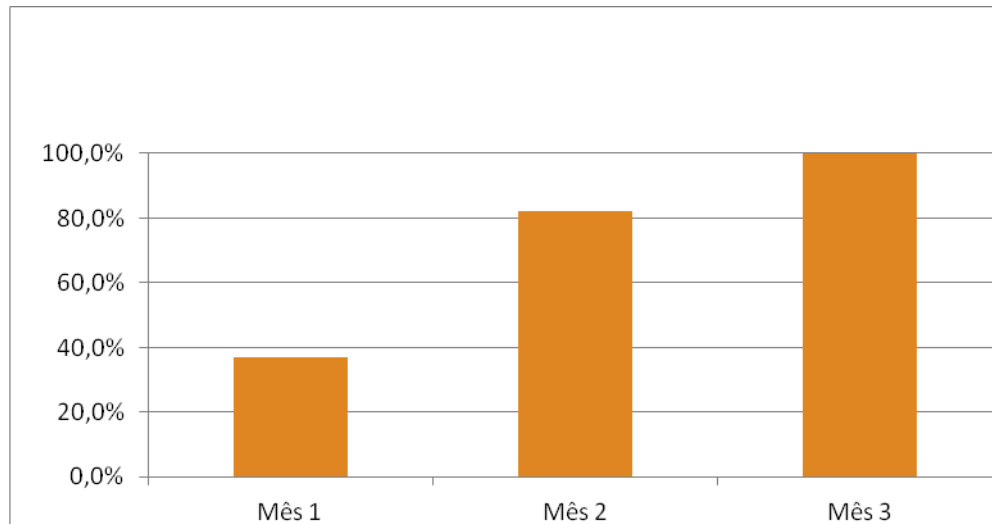


Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

A qualidade da atenção aos idosos na Unidade de Saúde foi melhorada, ainda que com algumas alterações que necessitaram ser implementadas para a garantia da viabilidade deste objetivo específico, como por exemplo, a aplicação da AMDR apenas naqueles idosos que eram observados com alguma alteração pelos membros da equipe. Logo, embora pelos indicadores não tenha sido aplicada em todos os idosos, todos foram avaliados quanto à sua aplicabilidade.

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.

No primeiro mês foram avaliados 20 idosos (15,7%) de 127 no segundo mês 175 idosos (62,1%) de 282 e no terceiro mês 236 idosos de 343 correspondente a 68,8%. Infelizmente não tive acesso aos resultados das avaliações anteriores.

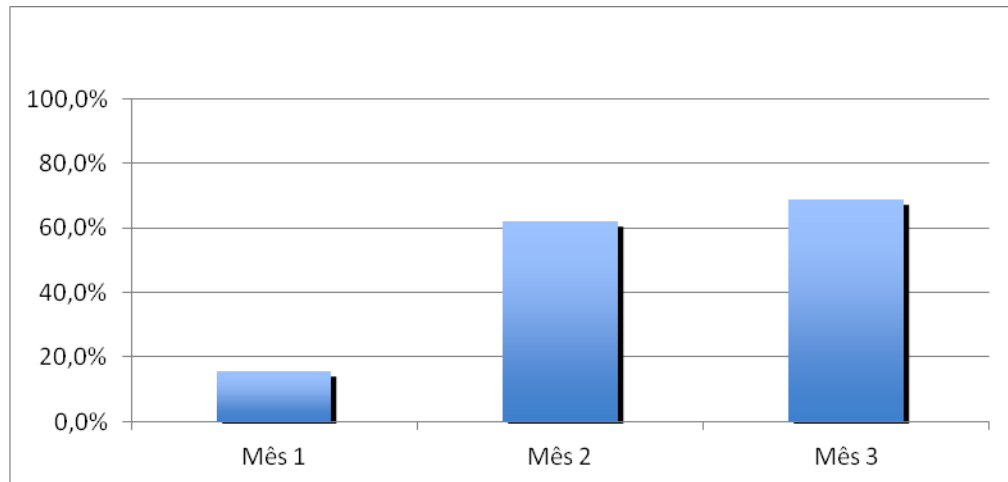


Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na USF Santarém, Natal, RN 2014

A mesma situação ocorreu com a realização do exame clínico nos idosos, sendo feito naqueles que se apresentavam com alguma queixa específica, que tivessem alguma comorbidade, ou que os profissionais julgassem necessários naquele momento. Alguns não foram examinados durante as 12 semanas da intervenção pelo fato de já terem sido examinados em consultas prévias ao início da implantação do Projeto, sendo dada prioridade aqueles idosos com mais comorbidades, para não inviabilizar a rotina do serviço, utilizando como norteio para essa tomada de decisão o princípio da Equidade. Sendo assim, os resultados foram coerentes aos esperados com a aplicabilidade da AMDR. No primeiro mês foi realizado exame clínico em 24 idosos (18,9%) de 127 cadastrados, no segundo mês 179 idosos (63,5) foram avaliados clinicamente e no terceiro mês 240 idosos totalizando 70%.

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

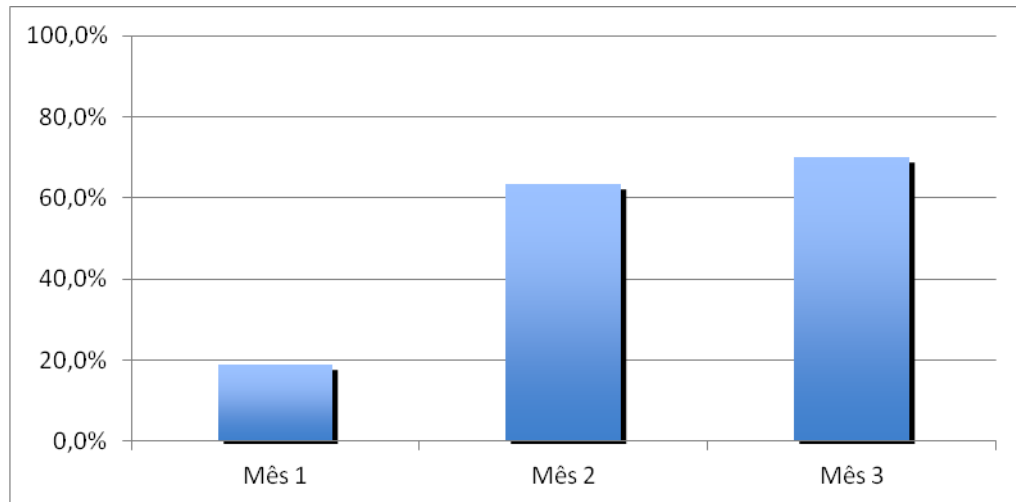


Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, na USF Santarém, Natal, RN, 2014

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

Os exames complementares periódicos foram solicitados a aproximadamente 80% dos idosos da área ao longo das 12 semanas, especialmente para aqueles com comorbidades como HAS e DM, dando-se prioridade a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular. Isso mostra que temos um fácil acesso à realização de exames complementares, e que podemos realizar uma atenção ao risco de morbimortalidade de uma forma adequada. Entretanto, o objetivo foi parcialmente atingido devido ao curto espaço de tempo para realizar uma cobertura adequada nas cinco microáreas. No primeiro mês foram solicitados 40 exames de um universo de 85 hipertensos e ou diabéticos (47,1%), no segundo mês foram solicitados 143 exames de 188 idosos hipertensos e/ou diabéticos (76,1%) e no terceiro mês foram solicitados 175 exames totalizando 79,5%.

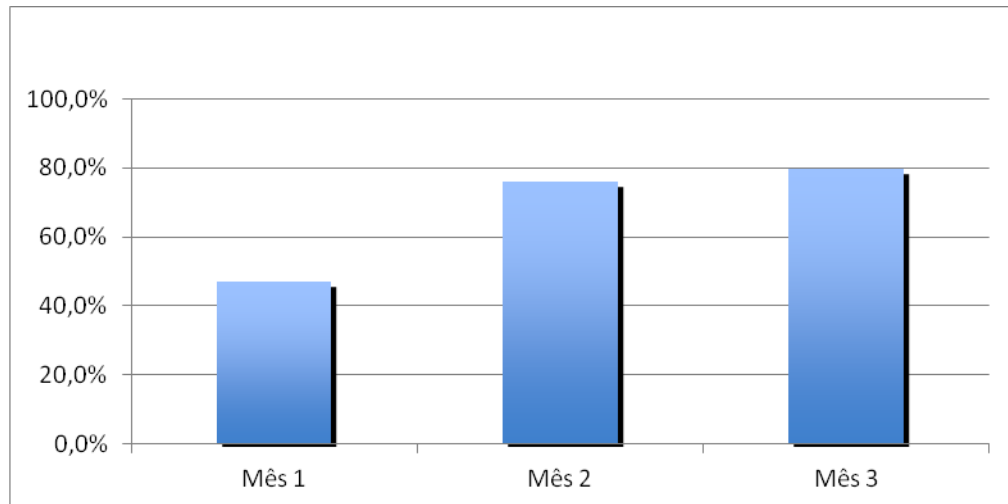


Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

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

No que se refere à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, observa-se no gráfico percentuais de baixa significação. Isso quer dizer que nem todos os idosos da área possuem comorbidades, e ainda, que aqueles que possuem determinadas limitações funcionais não fazem tratamento medicamentoso, conforme observado no gráfico a seguir. No primeiro mês foram prescritos 45 medicamentos da farmácia popular (35,4%), no segundo mês foram prescritos 148 (52,5%) e no terceiro mês 180 totalizando 52,2%.

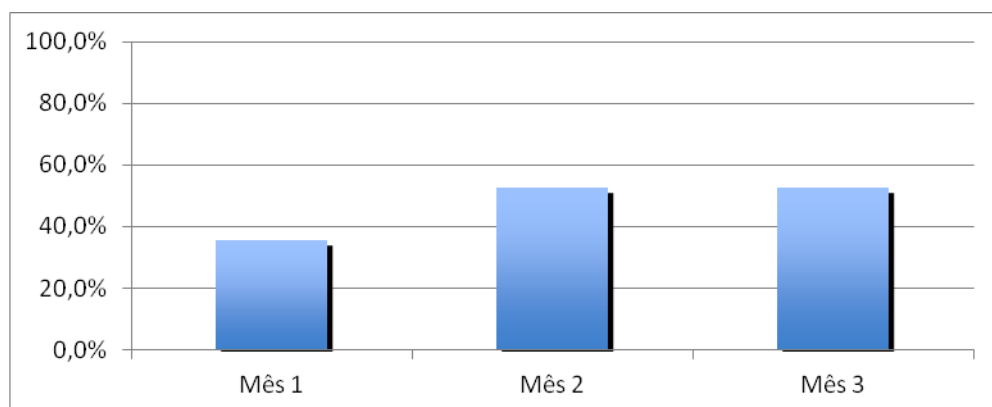


Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Todos os idosos com problemas de locomoção foram cadastrados, pois essa foi uma grande prioridade da Equipe durante o Projeto de Intervenção. No primeiro mês foram cadastrados 50 idosos, no segundo mês 69 e no terceiro mês 51.

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

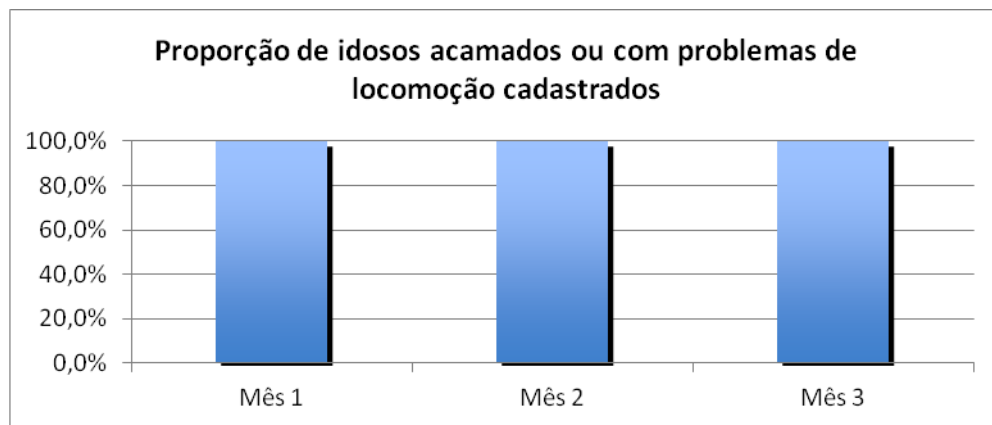


Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

E dentre os idosos acamados, uma parcela considerável recebeu visita domiciliar pelo menos uma vez ao longo dos três meses, conforme descrito no gráfico que se segue. De acordo com o gráfico não tivemos 100% de idosos visitados pois muitos deles já haviam sido visitados previamente ao Projeto de Intervenção. No primeiro mês foram visitados 25 idosos (50%), no segundo mês 39 idosos(56,5) e no terceiro mês 41 idosos totalizando 80,4%.

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

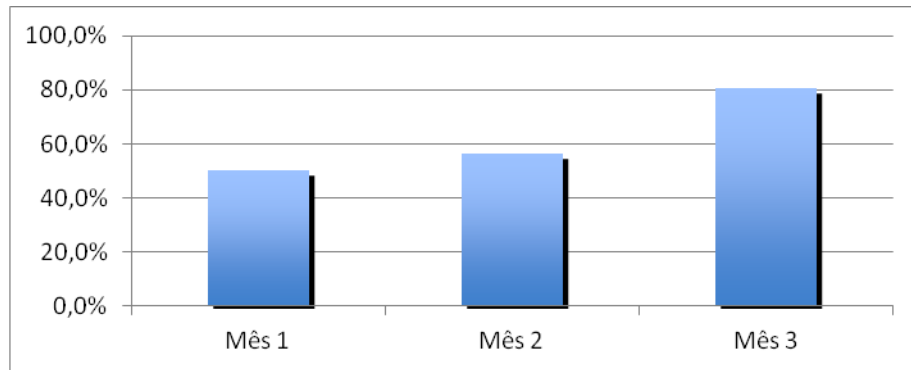


Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Todos os idosos cadastrados tiveram sua pressão arterial aferida na última consulta, pois trata-se de uma norma bem estabelecida na Unidade, e mesmo aqueles onde foi realizada visita domiciliar, era realizada aferição da pressão arterial. Os resultados estão descritos no gráfico a seguir. Os valores aqui são os mesmos do cadastramento respectivamente 127, 282 e 343.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Aferição da PA em toda pré-consulta, visita domiciliar de todos os

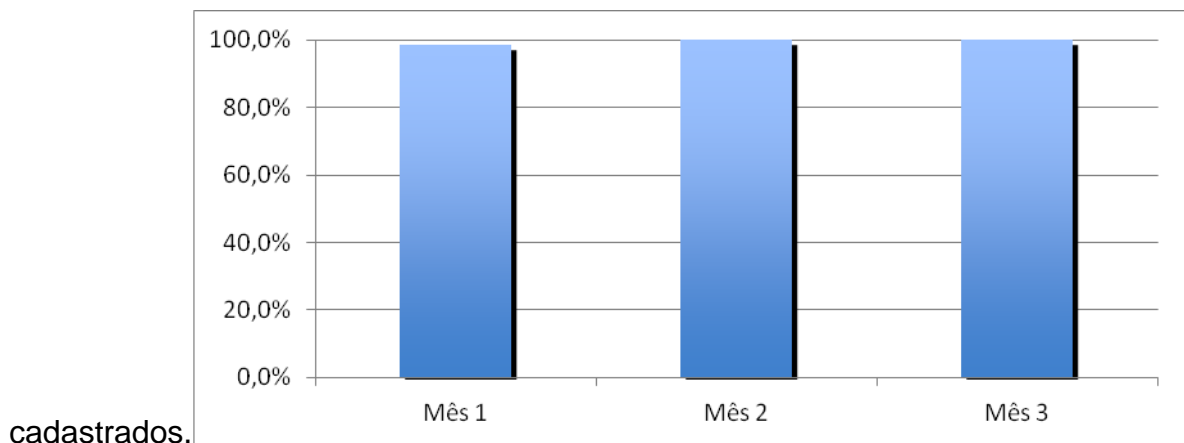


Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

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

Mais uma vez os indicadores abrem margem para interpretações equivocadas, pois durante o preenchimento da Planilha de Coleta de Dados de Saúde do Idoso todos os idosos que são hipertensos também são rastreados para

diabetes, mas existem idosos não hipertensos que também foram rastreados para diabetes pelo fato de que 100% dos idosos da área de abrangência estiveram com solicitação de exames complementares em dia ao longo das 12 semanas. A Planilha é excludente, uma vez que pergunta se o idoso hipertenso, em específico, foi rastreado para diabetes. Logo, é como se o idoso não hipertenso não pudesse ser rastreado. Por isso os resultados apresentam-se como descritos a seguir. No primeiro mês foram rastreados 31 idosos hipertensos (70,5%), no segundo mês 133 (90,5%), e no terceiro mês 162 (92%).

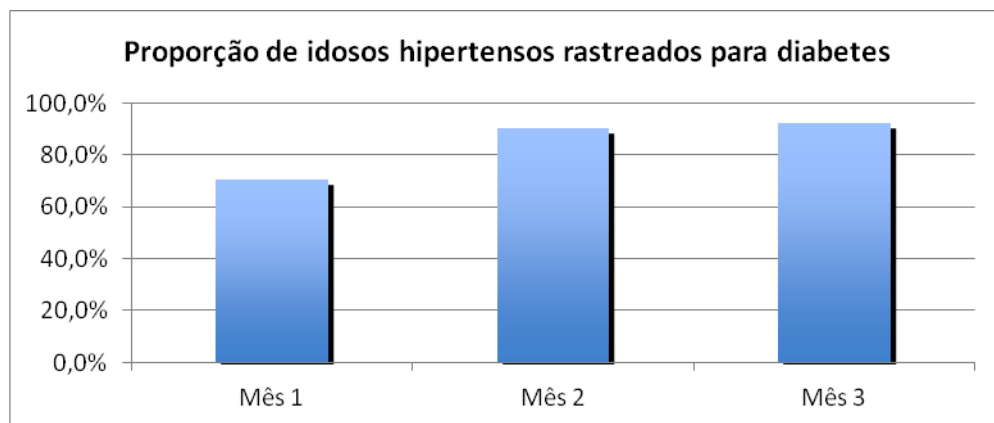


Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

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.

Infelizmente, devido a problemas de infraestrutura dos serviços de odontologia, uma parcela considerável dos idosos não recebeu a primeira consulta odontológica, embora a quase totalidade tenha sido avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico. Isso mostra erros da gestão pública, que não prioriza a Saúde Bucal, embora isso seja uma prioridade segundo o Pacto Pela Vida. É lamentável ver colegas de profissão serem obrigados a permanecer na Unidade e vê-los de braços cruzados porque não podem fazer praticamente nenhum procedimento odontológico devido à ausência de condições dignas de trabalho. O resultado está demonstrado nos gráficos abaixo. No primeiro mês 07 idosos

receberam a primeira consulta odontológica (3.9%) no segundo mês 23 (8.2%) e no terceiro mês, 24(7%) de um total de 343 idosos.

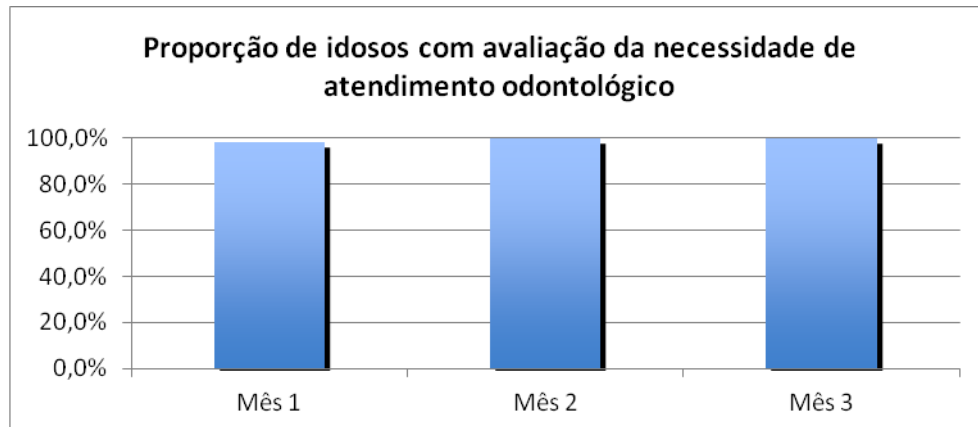


Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

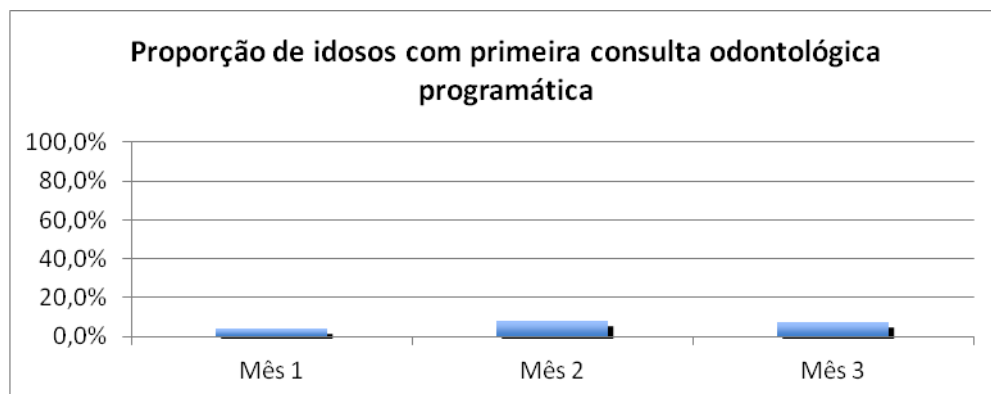


Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Todos os idosos faltosos foram incluídos no Programa, seja através de consultas na Unidade ou por meio das visitas domiciliares após visualizada a ausência dos mesmos pelos ACS e à medida em que era realizado o cadastramento.

Conforme observado nos indicadores, a cada mês tivemos uma ampliação da cobertura do Programa, conseguindo superar e dobrar a meta de 50%. Isso por si só já foi um grande avanço, pois dessa forma teremos um excelente banco de dados que pode ser aplicado a outras análises e incorporado à rotina do serviço, fornecendo uma abordagem mais concreta para a atenção à Saúde do Idoso. A ficha espelho foi preenchida para 100% dos idosos, de uma forma adaptada, para que não comprometesse a rotina do serviço. Essa foi a alternativa que encontramos para contornar o preenchimento das fichas-espelho, restringindo esse preenchimento a uma coleta dos principais dados de cada idoso, obtidos conforme capacitação prévia dos agentes comunitários de saúde. Os resultados foram bastante satisfatórios e encontram-se conforme descritos a seguir. Em relação ao preenchimento da ficha-espelho temos o seguinte resultado: No primeiro mês

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

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

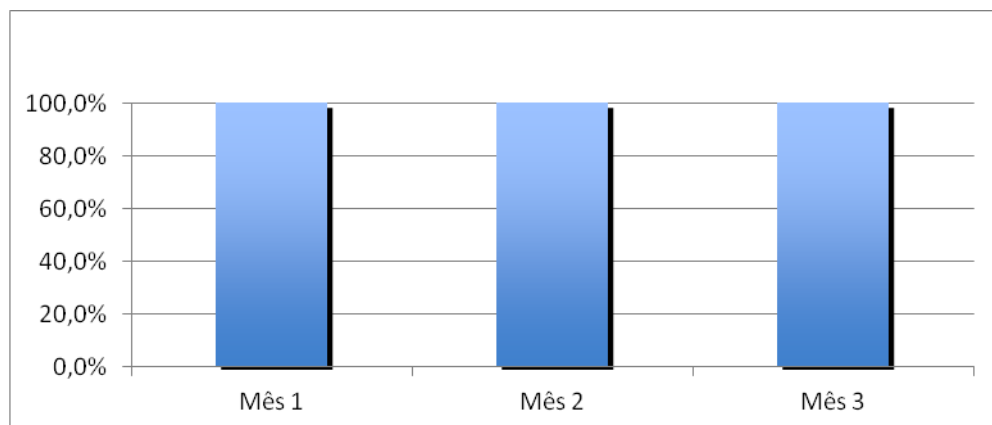


Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

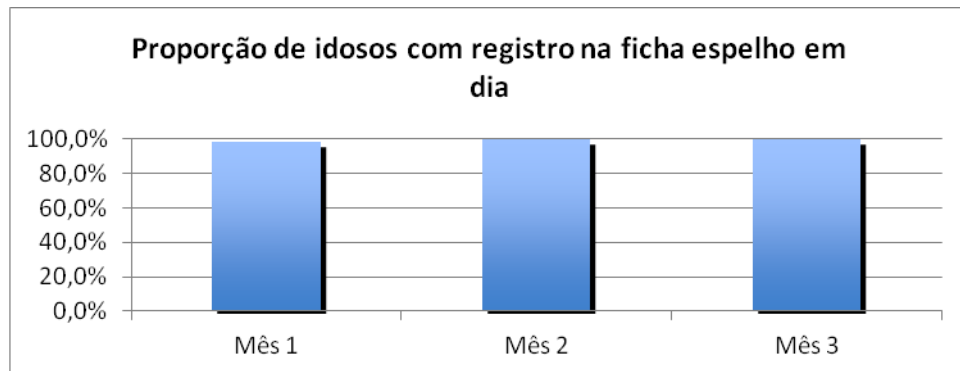


Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

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

No início do Projeto, havia uma grande quantidade de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, e ao longo da intervenção, elas foram sendo distribuídas pelos ACS, e pelo médico durante as consultas. Entretanto, as Cadernetas acabaram, e não tivemos um novo repasse da SMS para que atingíssemos a meta pré-estabelecida. Os resultados desta cobertura estão descritos no gráfico a seguir. No primeiro mês foram distribuídas 78 cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa (61,4%) no segundo mês 233 (82,6%) e no terceiro mês 294(85,7%).

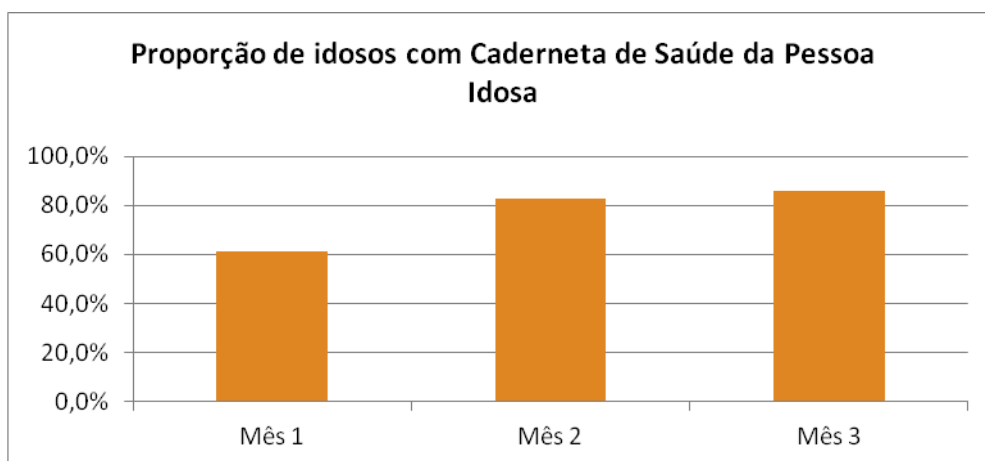


Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

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

Conforme era realizado o cadastramento, eram rastreados os idosos quanto aos riscos de morbimortalidade, tendo como parâmetro as comorbidades HAS, DM, problemas de locomoção, e indicadores de fragilização. Esses dados foram analisados para todos os idosos pertencentes à área de abrangência. Ao final dos 3 meses, conseguimos atingir a meta estimada, o que nos faz refletir a importância do trabalho em equipe. Os resultados estão apresentados nos gráficos seguintes.

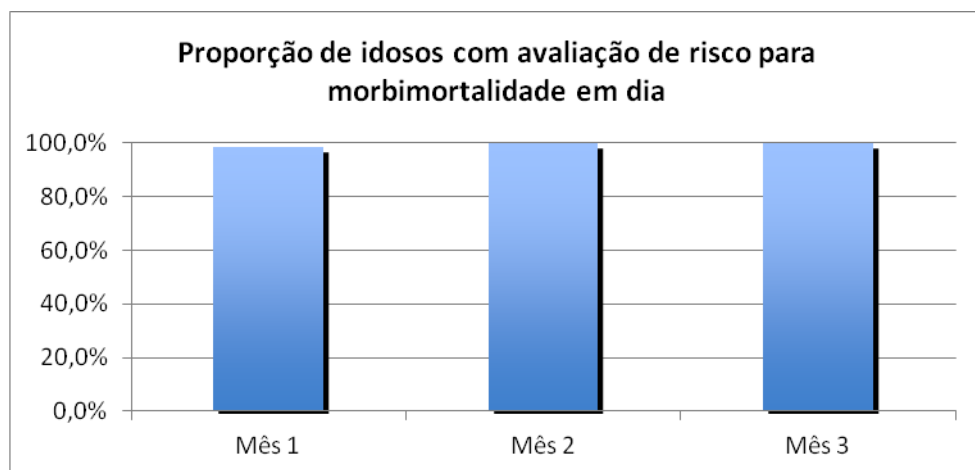


Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

Já a rede social foi avaliada pelo médico e pela enfermeira apenas durante as visitas domiciliares, e os demais casos já eram conhecidos pela Equipe, pois havia um conhecimento prévio da situação social através dos ACS, sendo feita análise

quanto ao risco de vulnerabilidades. No primeiro mês foram 8 avaliações da rede social (6,3%), no segundo mês 27(9,6%) e no terceiro mês 33 (9,6%).

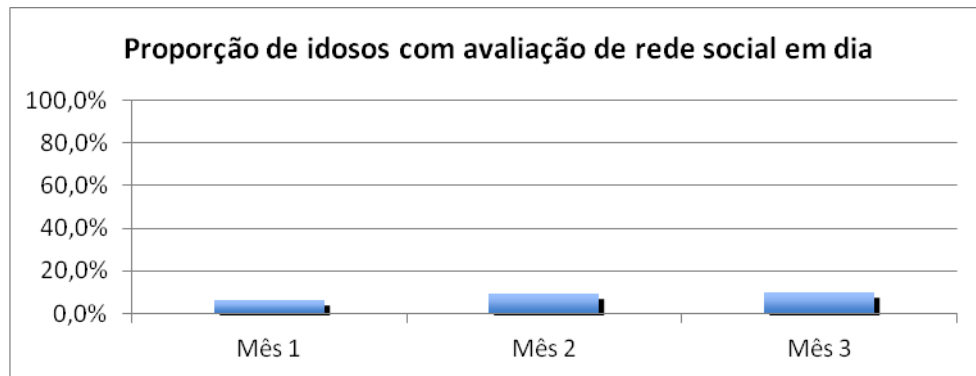


Figura 16 Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

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.

As orientações quanto à Promoção da Saúde do Idoso foram dadas durante as ações coletivas, dentre as consultas e nas visitas domiciliares aos 343 idosos cadastrados. Os resultados estão apresentados nos gráficos a seguir:

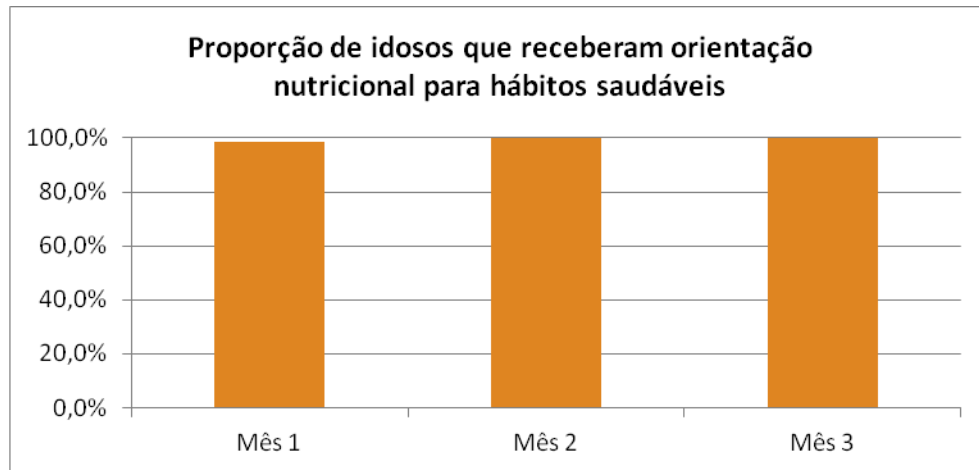


Figura 17 Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

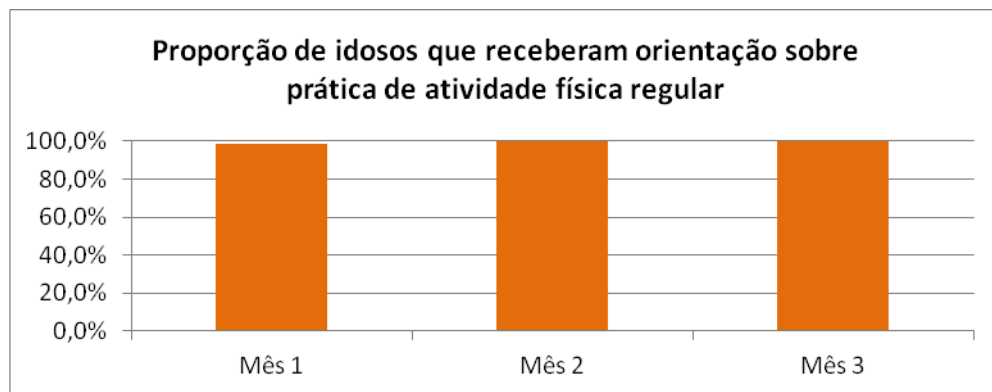


Figura 18 Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

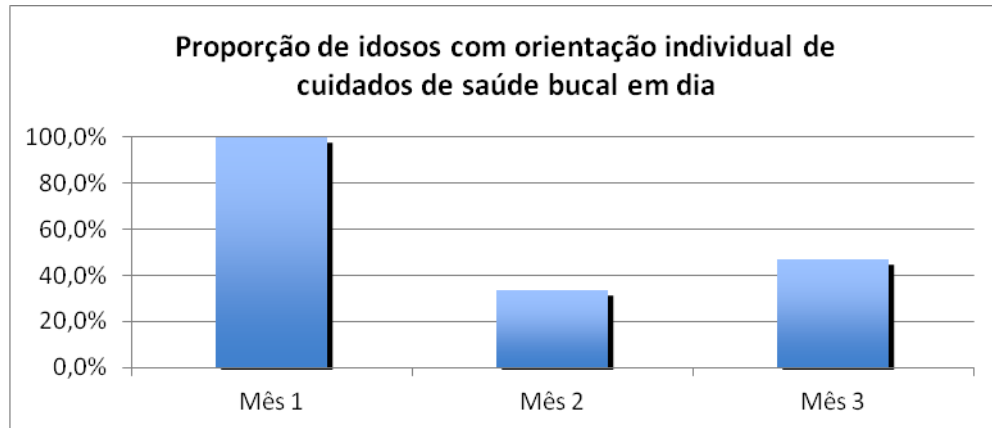


Figura 19 Gráfico indicativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na unidade de saúde USF Santarém, Natal, RN, 2014

E em relação à Saúde Bucal do Idoso, inicialmente tivemos uma maior adesão dos odontólogos da Unidade, porém, com o passar das semanas, as ações de saúde bucal ficaram restritas apenas a odontóloga da nossa equipe. Os resultados, conforme esperado, puderam mostrar uma orientação com cuidados de saúde bucal inferior ao esperado pela meta estabelecida, embora esse engajamento também tenha sido realizado pelos demais membros da Equipe. No primeiro mês 05 idosos foram orientados (100%), no segundo mês 23 (33,3%) e no terceiro mês 24 (45,3%). Ressaltamos aqui que os valores foram inferiores a 60% porque trata-se de orientações individuais de saúde bucal, não sendo portanto, contabilizadas as orientações de saúde bucal realizadas nos grupos de ações coletivas para este indicador.

4.2 Discussão

Após a conclusão da intervenção, obtivemos muitos resultados: uma ampliação da cobertura da atenção à Saúde do Idoso, melhoria do atendimento e da qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, distribuição das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, o que levou inclusive ao esgotamento dos estoques das Cadernetas presentes na Unidade e na SMS. Além disso, reforçamos a realização periódica dos grupos de ações coletivas, contando com o forte apoio do NASF, gerando cada vez mais adesão pela comunidade.

Podemos dizer que atualmente todos os idosos da microárea 035 possuem suas comorbidades sob controle, como por exemplo, controle pressóricos

adequados, diabetes compensado, realização de exames complementares periódicos, orientações quanto à saúde bucal e quanto aos riscos de morbimortalidade para suas afecções, bem como ações de rastreamento, conforme preconizado pelos protocolos adotados. Isso ocorreu devido a uma melhoria do registro e agendamento dos usuários com 60 anos de idade ou mais, além da classificação de risco, que priorizou o atendimento dos mesmos.

Embora nem todas as metas tenham sido alcançadas total ou parcialmente, o balanço geral da intervenção foi muito positivo, pois conseguimos atuar nos seis objetivos específicos supracitados e demos prioridade àquelas ações onde vimos maior necessidade de intervenção.

A intervenção representou para a Equipe um momento de engajamento, colaboração mútua e união em torno de uma causa comum: a melhoria da Atenção à Saúde do Idoso. O longo das 12 semanas passamos por dificuldades, alguns membros não tão esperançosos ou dispostos, mas pudemos contornar esses obstáculos diante das nossas possibilidades. Foi um momento interessante para conhecer cada um dos membros da equipe, de saber o que e como pensam e no que acreditam para a saúde pública de forma geral.

Também pude notar o quanto ainda temos na nossa Unidade uma visão da atenção à saúde centrada no médico, com a abordagem curativa, prevalecendo na Equipe. E essa visão precisa ser modificada. É fundamental que todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária recebam cursos de atualização e aperfeiçoamento, bem como abordagens que possam mostrar o potencial inimaginável que existe em cada membro das equipes, e que embora seja desafiador, fazer perceber que quando se pensa junto, quando se planeja junto, quando vários braços trabalham em prol de um único objetivo, podemos ir muito além do simples.

Para a equipe, a importância da intervenção foi mostrar que cada membro foi capaz de colaborar para que o objetivo fosse alcançado, pois todos os idosos foram cadastrados e classificados de acordo com os principais fatores de risco para morbimortalidade. Além disso, foi dada maior atenção aos mais necessitados, aqueles que requeriam visitas domiciliares eram visitados, e o Projeto serviu como uma meta prática para o alcance de um objetivo. Então foi a partir dele que, junto

com o apoio do NASF, pudemos reassumir as ações coletivas com os grupos de idosos, desenvolvendo as mais variadas atividades. Portanto, foi importante não apenas para a Equipe em si, mas também para mostrar aos demais profissionais da Unidade que precisamos acreditar que é possível fazer mais, ser mais, e que nunca podemos perder a fé e a esperança de que somos nós os agentes de mudança em prol de uma melhor atenção à saúde.

Para o serviço, o Projeto de Intervenção foi importante para trabalhar nossa habilidade em lidar com mudanças na agenda semanal, pois tivemos que alterar o cronograma de atendimento, reduzir a distribuição de fichas, e vários profissionais ficaram insatisfeitos, pois acreditam que a função do médico é atender o máximo de usuários possível, idealmente os de demanda livre, e que esse é o parâmetro de um “bom” médico: sempre acessível, disponível, disposto e sem limites para trabalhar. Então foi muito desafiador tentar mudar essa mentalidade nos profissionais da Unidade, que subitamente foram surpreendidos com mudanças vindas pelo médico que queria alterar os rumos do que já era uma rotina na Unidade. Mas, ao comparar a nossa equipe com as demais equipes da Unidade, podemos notar que a nossa Equipe se tornou mais flexível, maleável, e essas mudanças vem surgindo a partir da tentativa de inclusão de uma nova realidade vigente. Então de agora em diante, os membros da Equipe já passaram a incluir orientações de prevenção durante as visitas domiciliares, a garantir um atendimento diferenciado aos idosos da área após capacitação, e a ter um olhar distinto sobre os principais agravos observados na saúde da pessoa idosa.

Para a comunidade, a intervenção foi importante por fornecer uma abordagem diferenciada a um grupo populacional específico, que possui maior necessidade de cuidados em saúde, e que viu suas demandas atendidas por uma equipe capacitada a esse tipo de atendimento. Então foi possível notar na comunidade o amparo diante da atenção ofertada, que tornou-se mais esperançosa e envolvida inclusive com a participação nos grupos de ações coletivas. De uma forma prática, também podemos dizer que foi importante para o conhecimento de que a atenção dos profissionais de saúde não está voltada apenas ao modelo hospitalocêntrico, mas sim que podemos e devemos realizar medidas de cuidado com ações realizadas na população. Contudo, a priorização no atendimento aos idosos gerava insatisfação nos demais membros da comunidade, chegando a questionar os motivos desta

priorização. Isso chegou a gerar um certo desconforto na Unidade, visível também nos profissionais, porém, dentro do possível, procuramos nos manter firmes nos nossos objetivos.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, eu não faria praticamente nada diferente. Fiquei muito satisfeito com os resultados obtidos, com a escolha do tema abordado na Intervenção, e acredito que os benefícios da mesma durarão por muito tempo na Unidade. Como qualquer outra situação, sempre passaremos por pontos positivos e negativos. Apenas gostaria de ter contado com o apoio de mais membros, a citar os ACS, técnicos de enfermagem, odontólogos, comunidade, SMS, especialmente os membros das outras equipes que pertencem à Unidade, pois essa era a meta inicial do Projeto, mas que infelizmente não foi realizada devido à falta de adesão dos demais profissionais da USF Santarém.

Entretanto, pessoalmente para mim a intervenção foi extremamente importante, pois me possibilitou trabalhar habilidades como liderança, trabalho em equipe, escuta, planejamento, aplicabilidade de planos, empatia e resiliência diante das dificuldades encontradas.

Para incorporar a intervenção à rotina do serviço, é essencial que os membros da equipe mantenham-se orientados quanto aos objetivos das ações de capacitação que foram realizadas, visando uma vigilância continuada sobre os idosos de cada microárea, analisando aqueles que possuem necessidade de atendimento prioritário. Isso será esclarecido na comunidade por meio de um trabalho de conscientização.

Além disso, com o cadastro de 100% dos idosos, podemos, a partir desse banco de dados, realizar análises e conferir aqueles que estão com os cuidados em saúde atualizados daqueles que necessitam de ações para completar as metas pré-estabelecidas. De agora em diante, pretendemos como próximos passos incorporar esse banco de dados à rotina do serviço, servindo como uma forma de orientar as ações programáticas que devemos realizar, seja visando o indivíduo, seja visando à comunidade.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O Projeto de Intervenção realizado na USF Santarém, intitulado como Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da Família Santarém – Natal-RN, foi realizado durante um período de 12 semanas no ano de 2014. Conforme descrito, visava uma melhora dos atendimentos aos usuários com 60 anos de idade ou mais. Detalhadamente, o Projeto tinha como intuito atuar em 6 áreas principais: cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde. E para cada uma dessas áreas eram descritos metas e ações programáticas. Sendo assim, de uma forma geral, os objetivos eram ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco da área de abrangência, e promover a saúde dos idosos.

Dessa maneira, atuando nessas áreas citadas, tivemos resultados muito acima do esperado, e o balanço geral da aplicação do Projeto foi muito positiva, com resultados visíveis na prática clínica e no dia-a-dia do serviço da Unidade. Por exemplo, ao longo das 12 semanas conseguimos ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, gerando o cadastramento de 100% dos idosos da área de abrangência; os exames complementares periódicos foram solicitados a 80% dos idosos, especialmente para aqueles com comorbidades como HAS e DM, dando-se prioridade a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular; 100% dos idosos com problemas de locomoção foram cadastrados; dentre os idosos acamados, uma parcela considerável recebeu visita domiciliar pelo menos uma vez; 100% dos idosos cadastrados tiveram sua pressão arterial aferida na última consulta; 100% dos idosos foram submetidos a avaliação de risco para morbimortalidade; e a totalidade dos idosos recebeu orientações sobre promoção à saúde.

Os idosos eram atendidos de forma prioritária, após agendamento prévio e classificação de risco, feita pelos ACS, depois de serem capacitados nas reuniões. Durante as consultas havia o preparo dos usuários, onde eram aferidos peso, altura e pressão arterial. O usuário era questionado sobre o principal motivo da sua consulta, ou então, seu motivo era previamente definido durante as reuniões de

Equipe. Dessa maneira, eram checados os medicamentos em uso, se as doses estavam adequadas, eram solicitados exames complementares, ou analisados, caso já tivessem sido solicitados previamente. Então eram feitos ajustes nos medicamentos, sendo priorizados aqueles disponíveis no Programa Farmácia Popular. Caso o idoso ainda não tivesse a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, essa era oferecida, sendo dadas instruções sobre sua importância. Sendo assim, o atendimento aos idosos era realizado com base nos protocolos Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, volume 12, ano 2010, e o Caderno de Atenção Básica número 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Ministério da Saúde, 2006, disponíveis na própria UBS.

Para garantir a melhoria dos registros, visando o monitoramento, foram utilizadas duas fichas espelho para coleta de dados dos usuários, sendo uma sobre Saúde Bucal e outra sobre Saúde do Idoso. Nessas fichas continham informações relativas à Avaliação Multidimensional Rápida, dados da consulta clínica, medicações de uso contínuo, exames laboratoriais, classificação de risco de doenças da cavidade oral, e também monitoramento de atividades educativas individuais.

À medida que essas informações eram coletadas e preenchidas nas fichas-espelho, os dados eram computados em planilhas padronizadas no formato Excel, com atualização semanal e análise mensal. Àqueles idosos que não eram atendidos, era feita busca ativa pelos ACS, após observação da sua ausência durante o registro.

As reuniões de equipe eram realizadas semanalmente, abordando as principais dificuldades encontradas, as ações pendentes, e o que já havia sido conquistado. Nessas reuniões, era feita a capacitação dos profissionais, para que tivessem um olhar diferenciado para a identificação precoce das principais comorbidades e riscos para a saúde do idoso. Dentro dessa perspectiva, então eram discutidas as ações individuais que poderiam ser fornecidas como medidas de promoção à saúde.

A cada semana eram realizadas reuniões com a comunidade sobre a importância da saúde do idoso, incluindo sua saúde bucal, além de espaço aberto

para discussão sobre os principais questionamentos envolvidos nessa abordagem, sendo também dada ênfase para o engajamento da população, visando à melhoria da atenção à saúde do idoso na comunidade.

E por fim, dentro da abordagem de promoção à saúde, foi criado um grupo de idosos, com orientação coletiva sobre as principais morbidades existentes nesse grupo etário específico, uso de álcool e outras drogas, as principais síndromes geriátricas, orientações aos familiares e cuidadores, e detecção precoce de sinais de problemas agudos.

Diante disso, conseguimos aplicar o Projeto de Intervenção seguindo os objetivos, metas, planos e ações programáticas, dentro do período previsto, de acordo com o cronograma do Projeto, e com algumas adaptações que se mostraram necessárias para a aplicabilidade da Intervenção. Os resultados foram muito positivos, com mudanças notórias no gerenciamento do serviço, no registro e monitoramento dos pacientes, nas ações de promoção e avaliação de risco, e até mesmo no semblante da Equipe e dos usuários incluídos no Projeto. Hoje podemos afirmar, convictamente, que não temos mais surpresas com os usuários idosos da área de abrangência da Equipe, pois todos foram avaliados, monitorados e conduzidos de forma adequada, segundo suas necessidades.

Acreditamos que caso a Secretaria Municipal de Saúde se apropriasse mais do Projeto teríamos resultados ainda melhores, pois infelizmente não conseguimos realizar as reuniões com a Secretaria, o que poderia ter resultado em mais ideias, mais ações e mais repercussões positivas. Um exemplo do que podemos citar é que na USF Santarém temos 4 equipes de saúde da Família. Entretanto, por dificuldades de aplicação do Projeto, tivemos que restringir a apenas a nossa Equipe, por temer que se tornasse inviável. Portanto, somos unânimes em afirmar que com a maior participação da gestão municipal, teremos resultados ainda melhores.

Embora com dificuldades de infraestrutura, conseguimos realizar as ações coletivas de promoção à saúde, contando com a participação crescente de idosos a cada semana em que o evento era realizado. Porém, é necessário que haja mais infraestrutura para a participação de mais idosos, especialmente para aqueles que possuem mais limitação funcional em relação à mobilidade, pois o que pudemos observar foi a participação de idosos sem problemas de locomoção, quando na

verdade, gostaríamos de conquistar o mais variado público de idosos que fosse possível. Então é importante que haja uma estrutura mais adequada para receber indivíduos portadores de necessidades especiais, e para isso, esperamos contar o apoio incondicional da gestão pública municipal.

O mesmo podemos dizer em relação à Saúde Bucal da Pessoa Idosa, pois conforme já citado, o Projeto inclui uma melhoria da Saúde do Idoso e da Saúde Bucal da Pessoa Idosa. Entretanto, devido à escassez de recursos, a atenção à saúde bucal ficou restrita a uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sem uma consulta odontológica programática para aqueles idosos que foram avaliados devido à falta de insumos para a realização de procedimentos que poderiam ser feitos em nível de atenção primária.

Portanto, de uma forma geral, acreditamos que esses aspectos, se melhorados, serão importantes para viabilizar ainda mais a implementação do Projeto, ajudando a qualificar ainda mais o serviço, além de expandir os resultados da intervenção, bem como permitir o surgimento de outras ações programáticas.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A intervenção ocorreu em um período de 12 semanas no ano de 2014 na USF Santarém. O Projeto de Intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Para sua realização, foram realizados atendimentos aos idosos na Unidade, procurando as principais doenças existentes, e analisando os riscos para outros problemas de saúde. Os atendimentos aconteciam todos os dias com o médico, enfermeira, odontóloga e ACS, sendo cada um destes profissionais capacitados para o exercício de duas funções.

Além disso, era feito o registro de 100% dos idosos na área de abrangência da Unidade, com os principais dados de cada usuário e os principais indicadores de risco, classificando, dessa maneira, cada um dos indivíduos de acordo com seus problemas de saúde.

As consultas eram agendadas pelos ACS e enfermeira na agenda semanal da Equipe, além das técnicas de enfermagem da recepção. Antes das consultas o idoso recebia a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, era medida sua pressão arterial, peso e altura.

Na hora da consulta era avaliada a pressão arterial que tinha sido medida, a variação do peso e era feito o cálculo do IMC, uma medida que avalia se o peso da pessoa está adequado para a altura. O usuário apresentava o motivo da sua consulta, era atendido de acordo com ela, mas também era avaliado quanto à presença ou não de problemas de saúde como hipertensão, diabetes, dificuldade de caminhar, obesidade, esquecimento, e por aí vai.

Também era realizada pelo médico uma rápida leitura do prontuário do usuário, para ver se existia alguma pendência, como a falta de realização de algum exame, ou para conhecer mais a fundo a história do idoso, buscando informar se existia algum outro problema não relatado no momento da consulta. Na maior parte dos casos, os exames complementares eram solicitados, ou então o usuário trazia os exames, que precisavam ser analisados e registrados no prontuário.

E ainda, era realizado o exame físico do idoso, além de também serem realizados exames de rastreamento, como pesquisa de sangue oculto nas fezes, para diagnóstico de câncer de intestino, mamografia, para pesquisa de câncer de mama, e era questionado às mulheres entre 60 e 69 anos se o exame mamográfico estava atualizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Havia também orientação de quando a realização do preventivo não era mais necessária, bem como orientação de checar se o cartão vacinal do idoso estava em dia. Os medicamentos que o idoso estivesse usando cronicamente eram todos checados, revisados e ajustados, conforme fosse necessário, além de muitas outras coisas que eram realizadas. Então dá para notar o porquê das consultas serem bastante prolongadas, o que gerava insatisfação de quem estava esperando. Mas os motivos eram muito importantes.

Periodicamente a equipe da Unidade tinha que se reunir para discutir melhorias e questões técnicas. Infelizmente não conseguimos ter nenhuma reunião com o gestor municipal, pois gostaríamos de ter contado com mais apoio para a realização da Intervenção. Essas reuniões, embora tomassem o tempo dos profissionais e deixasse todo mundo sobrecarregado, aconteciam por um objetivo de crescimento do serviço oferecido na Unidade. Com a divulgação dos relatórios obtidos, a comunidade e a gestão pôde enxergar de forma mais concreta a importância do Projeto de Intervenção e a repercussão que é capaz de causar.

As entregas das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa levaram ao esgotamento dos estoques presentes na Unidade, e segundo o diretor, também na Secretaria de Saúde.

Um dos grandes problemas enfrentados foi a falta de consultas odontológicas programáticas, pois devido à falta de material apropriado, os usuários recebiam apenas a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Isso gerou um grande prejuízo para a saúde do idoso, pois muitos usuários deixaram de ser atendidos. Ainda foi possível realizar alguns atendimentos no primeiro mês da intervenção, mas esse serviço não foi continuado nos meses seguintes.

Durante a intervenção, nós reativamos o grupo de idosos que já existia antes na Unidade, contando com o forte apoio do NASF. Foi muito bom, pois a cada semana, mais e mais idosos participaram, havendo grande interação entre a Equipe e a comunidade. Todos foram bastante produtivos, pois foram ótimos momentos de encontro, sendo possível conhecer melhor a comunidade e seus principais problemas. Esse inclusive é uma ação desenvolvida durante a intervenção que seria muito importante de manter após o fim das 12 semanas, devendo ser ampliada a realização para outros grupos, como de gestantes e de saúde mental.

Nesse grupo de idosos, percebemos o quanto existe essa necessidade de atividades de orientação, dinâmicas e atividades lúdicas, que geram grande impacto do dia-a-dia dessas pessoas. Os resultados foram imediatos, sendo atraídos cada vez mais usuários, até mesmo jovens! Embora os membros da Unidade alegassem que era praticamente impossível realizar grupos de ações coletivas devido à precariedade da infraestrutura disponível no galpão de eventos, os idosos sentaram nas bancadas disponíveis e foram bem participativos. Isso foi muito importante para que todos os membros da Equipe possam refletir que mesmo diante de situações adversas podemos alcançar os objetivos que pretendemos. E com o engajamento público, o controle social pode ajudar na recomposição do local, pressionando o poder público para equipar o local de forma adequada às necessidades da comunidade.

Mais uma vez acredito que devemos citar o forte apoio do NASF, não apenas para a realização de atividades, mas em manter acesa a chama para que a intervenção acontecesse, estando sempre disponível e bastante prestativa.

De uma forma geral, podemos dizer que embora bastante desafiador, o Projeto de Intervenção foi muito positivo, não apenas pelos resultados alcançados, mas também pela possibilidade que nos deu de contornar tantos obstáculos e de ver que juntos podemos ir mais longe.

Hoje podemos dizer com toda a certeza que não temos nenhum idoso em condições adversas, pois todos estão com suas comorbidades controladas, a maioria foi visitada, os medicamentos em uso foram priorizados como sendo os fornecidos pela Farmácia Popular, a maioria está com exames complementares em dia ou aguardando a realização dos exames de alta complexidade, as ações de promoção à saúde foram realizadas, dentre tantas outras ações que tem como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde do idoso, em todos os seus níveis de complexidade.

Isso é importante ficar claro para que a comunidade possa compreender que muitas vezes deixávamos de atender a demanda livre porque estávamos engajados com o projeto e não podíamos perder o foco pré-estabelecido desde o início do ano. Então, por isso, deixamos em segundo plano algumas outras demandas que por ventura surgiram na Unidade durante a execução do Projeto.

E devemos reforçar que para que possamos conseguir mais e mais ganhos, é preciso o engajamento e união da equipe e da comunidade. Espero que, de fato, as mudanças dessa intervenção sejam incorporadas à rotina do serviço de uma forma plena, e os objetivos que não foram integralmente alcançados possam ser a partir de agora realizados.

E para isso esperamos contar com mais atividades de educação em saúde e engajamento público, com mais orientações sobre prevenção, e mudando a mentalidade da própria equipe e também da comunidade em torno da visão do atendimento centrado apenas no médico. Esperamos também contar com um maior apoio da gestão municipal, através de uma maior distribuição de recursos destinados à saúde da população, inclusive com um maior fortalecimento da farmácia, com o fornecimento de insumos básicos. E para que possamos potencializar cada vez nossas conquistas, convocamos cada vez mais membros da comunidade para aderir a esse objetivo comum, que é a melhoria da saúde pública de uma forma geral.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

Inicialmente o curso não me causou grandes expectativas, embora eu tenha observado uma grande disposição dos orientadores do curso para o acolhimento dos estudantes. Isso foi muito representativo, por ser uma estratégia motivacional de aprendizado e suporte aos alunos. Simpatizei com a proposta do curso, pois oferece a oportunidade para construção do conhecimento e aprimoramento de habilidades na atenção primária à saúde, que acredito ser fundamental para o alcance de uma saúde pública de qualidade. E como a graduação deixa a desejar nessa formação, me vi entusiasmado com esse apoio acadêmico oferecido pelo curso.

A proposta de ensino é válida, por estar voltada para a prática diária, criando um elo entre o ensino e o trabalho, por meio do equilíbrio entre a teoria e a prática. Isso ajudou a melhorar a visão multidimensional do conceito ampliado em saúde, além de proporcionar uma maior compreensão da saúde coletiva. Também considero importante por despertar no estudante o espírito de mudança e engajamento social, mostrando que é possível fazer muito mais pela população que se encontra sob nosso cuidado.

Dessa maneira, podemos citar que os principais conhecimentos adquiridos com o projeto incluem o trabalho em equipe, a liderança, a empatia, a habilidade de falar em pública e liderar um grupo tão heterogêneo, o planejamento das atividades, a governabilidade, a elaboração da análise situacional, a aplicação da teoria à prática, e a sabedoria para lidar com as adversidades encontradas visando manter o foco.

Com a realização da intervenção, foi criado um ambiente de criação de ideias e discussões, resultante da interação entre os mais variados profissionais, gerando grandes frutos oriundos do trabalho em equipe. E diante de tantas possibilidades e variedades de pessoas e ideias, foi muito interessante ver que o objetivo principal do projeto permaneceu sempre vivo na mente de cada um dos membros envolvidos.

Ao longo do curso, realizado no formato à distância, houve uma interação virtual muito proveitosa, onde médicos, enfermeiros e odontólogos oriundos de todo

o Brasil discutiam sobre cada passo dado em torno das atividades da especialização, criando uma oportunidade de troca de conhecimentos e apropriação de outras realidades, além de construção de um conhecimento integrado e multidisciplinar, agregando valor à elaboração do trabalho de cada um dos profissionais envolvidos no curso. Isso permitiu mais uma vez enxergar a importância do trabalho em equipe na prática profissional, pois nossas habilidades e competências são limitadas frente à complexidade do ser humano.

O curso apresentou uma metodologia inovadora de ensino e avaliação, onde as atividades eram realizadas por meio de uma plataforma virtual, sob tutoria de um avaliador qualificado e prestativo para suprir as demandas e dificuldades do estudante. Além disso, merecem ser ressaltados os casos clínicos, que eram elaborados de uma maneira excelente, dinâmica e interativa, com grande aplicabilidade na prática diária. E ainda, os Testes de Qualificação Cognitiva proporcionaram uma visão de autoanálise diante dos principais temas envolvidos e corriqueiramente debatidos na atenção primária.

Portanto, podemos dizer que se trata de um sistema de avaliação integrado, longitudinal, com feedbacks semanais bastante construtivos, proporcionando uma mudança de atitude devido à construção de uma postura crítica diante das adversidades observadas na prática profissional.


6. Bibliografia

Brasil, 2006. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica n.º 19, Brasília – DF, 2006.

Brasil, 2010. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, Brasília – DF, 2010

Anexos

Anexo C - Documento do Comitê de Ética



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

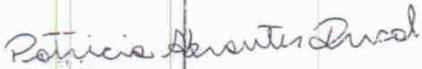
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

