

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 06**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de
Mipibu/RN**

Ábyda Quéttura Alves de Lima

Pelotas, 2015

Ábyda Quétura Alves de Lima

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Gustavo Giacomelli Nascimento

Pelotas, 2015

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

L732m Lima, Ábyda Quéttura Alves de

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN / Ábyda Quéttura Alves de Lima; Gustavo Giacomelli Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Nascimento, Gustavo Giacomelli, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada. Ao professor Gustavo Giacomelli Nascimento, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Aos meus pais, irmãos, noivo e toda a minha família pelo apoio, incentivo e carinho constantes. Ao curso de Medicina da Família da Universidade Federal de Pelotas o qual me proporcionou experiências e desafios fundamentais para o meu crescimento profissional.

*“Abençoados são aqueles que nunca dizem:
‘Você já contou esta história duas, três, quatro vezes...’; e me escutam
pacientemente como se fosse a primeira vez.
Abençoados são aqueles que me aceitam e me respeitam como sou agora e
também como fui no passado...”*

Autor Desconhecido

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico representativo da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	45
Figura 2 - Gráfico representativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	46
Figura 3 - Gráfico representativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	47
Figura 4 - Gráfico representativo da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	48
Figura 5 - Gráfico representativo da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	48
Figura 6 - Gráfico representativo Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	49
Figura 7 - Gráfico representativo Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	49
Figura 8 - Gráfico representativo Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	50
Figura 9 - Gráfico representativo Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	50
Figura 10 - Gráfico representativo Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	51
Figura 11 - Gráfico representativo Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	51
Figura 12 - Gráfico representativo Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	52
Figura 13 - Gráfico representativo Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	52
Figura 14 - Gráfico representativo Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	53
Figura 15 - Gráfico representativo Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	53

Figura 16 - Gráfico representativo Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	54
Figura 17 - Gráfico representativo Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	54
Figura 18 - Gráfico representativo Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	55
Figura 19 - Gráfico representativo Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	55
Figura 20 - Gráfico representativo Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	56

Lista de Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CA – Câncer

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Teste de Glicemia Capilar

HIPERDIA – Programa de Hipertensão e Diabetes

JEC – Junção Escamo-colunar

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

RN – Rio Grande do Norte

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

USG – Ultrassonografia

Sumário

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto Inicial sobre a situação da ESF.....	11
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.....	16
2	Análise Estratégica	16
2.1	Justificativa	16
2.2	Objetivos e Metas	18
2.2.1	Objetivo Geral	18
2.2.2	Objetivos específicos	18
2.2.3	Metas	18
2.3	Metodologia	21
2.3.1	Ações	21
2.3.2	Indicadores	27
2.3.3	Logística	36
2.4	Cronograma	40
3	Relatório de intervenção	41
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	41
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.	43
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	44
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	44
4	Avaliação da Intervenção	45
4.1	Resultados	45
4.2	Discussão	56

4.3 Relatório da intervenção para gestores	58
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	61
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	64
6 Bibliografia	66
Anexos	67

Resumo

LIMA, Ábyda Quétura Alves de. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN**. 2015. 80f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O aumento do número de idosos representa um grande desafio para a atenção básica, que deve rever, junto ao governo, métodos de planejamento quanto à assistência prestada a fim de que haja promoção à saúde e esses gastos sejam reduzidos. O foco principal deste trabalho é Saúde do idoso, na qual se pretendeu qualificar a assistência aos usuários idosos e aplicar ações de promoção à saúde aos idosos. Melhorar os índices de morbimortalidade dos idosos é extremamente importante, oferecer um envelhecimento saudável, com um ritmo de vida ativo e inserido dentro da sociedade. A escolha do foco da intervenção foi algo baseado no grande número de idosos que são atendidos na minha unidade e nos indicadores de qualidade, os quais deixam a desejar. O objetivo deste trabalho foi promover a melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN. Trata-se de um estudo de intervenção, realizado no período de três meses com os idosos cadastrados na área de abrangência da equipe da Estratégia de Saúde da Família da UBS Porto Seguro. Os sujeitos da pesquisa foram as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, que tinham problemas de locomoção ou não e que eram acamados ou não. Os instrumentos foram a planilha de coleta de dados e a ficha espelho disponibilizado pela UFPel para obter os dados da pesquisa. Ao fim da intervenção pudemos analisar nossos dados de forma descritiva, utilizando a frequência absoluta e relativa. Conseguimos cadastrar no programa 147 idosos que corresponde a 59,5% da população idosa da área de abrangência. Desses, 24 encontravam-se acamados e todos eles (100%) foram cadastrados e receberam visita domiciliar. Por fim, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

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

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF

A Unidade Básica de Saúde na qual estou inserida fica localizada no Centro do Município de São José de Mipibu/RN. Tem uma ESF (basicamente feminina), composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários e um auxiliar de serviços gerais. Nossa área engloba aproximadamente três mil pessoas, cuja renda varia de média a baixa. Observo que muitas ruas ainda não apresentam saneamento básico, o que contribui para prejudicar a saúde da população. Pelo que percebi até agora, aproximadamente 1/3 da população é idosa.

A UBS é bem estruturada, foi recentemente reformada. Apresenta uma sala de recepção onde é feita a triagem, que poderia ser mais reservada (esse é um ponto ainda a ser discutido com minha equipe e com a gestora), um consultório médico amplo, um consultório odontológico, sala da enfermeira, sala de vacina, farmácia, dois banheiros, uma cozinha e um almoxarifado.

Observando a minha equipe, percebo que ela está empenhada para promover a saúde de forma eficiente. Os agentes realizam suas visitas domiciliares consistentemente, fazendo sempre busca ativa dos pacientes. As técnicas desempenham muito bem o seu papel, vacinando a população e fazendo a triagem. A enfermeira é meu braço direito; ela desenvolve seu trabalho com praticidade, me dá suporte com o pré-natal, realização de preventivo e no programa Crescimento e Desenvolvimento. Há também a nossa dentista e sua auxiliar, as quais estão desenvolvendo um ótimo trabalho nas escolas que é o de colocar aparelhos ortodônticos em quem precisa. Contamos também com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que faz pelo menos uma visita no mês (o que eu acho pouco) em cada unidade do município. Com o NASF nossa população fica assistida quanto aos atendimentos psicológico, nutricional, fisioterapêutico, fonoaudiológico e ainda há o educador físico, o qual está sempre presente nas atividades de promoção à saúde que envolvem atividade física. Temos ainda uma dia por semana de consulta com a pediatra.

O que deixa a desejar na nossa unidade é a farmácia, que conta com poucos medicamentos para serem distribuídos para a população e sua estrutura

física é muito pequena. Já comuniquei à minha gestora sobre esse problema; a mesma ficou de solucioná-lo. Outro problema é a falta de segurança, que nem o estado nem a prefeitura querem se responsabilizar por esse problema. Particularmente, a minha unidade fica numa rua praticamente deserta e a equipe é quase que completamente feminina, aumentando ainda mais a nossa insegurança. Além disso, estatísticas mostram que o município de São José de Mipibu está entre as cidades do RN mais violentas da atualidade. Então, acredito que nossa preocupação não é à toa.

Procuramos trabalhar em conjunto, sempre procurando uma boa comunicação entre nós. Dessa forma, a população é bem atendida e o objetivo da atenção básica é alcançado. Creio que o nosso trabalho está sendo bem feito e a população bem atendida. O que se dá para notar é a satisfação do usuário quando procura nossa unidade. Espero que continue sempre assim; na verdade, espero que possamos evoluir a cada dia de atendimento na UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Minha unidade básica de saúde fica no município de São José de Mipibu, o qual fica próximo a Natal, no estado do Rio Grande do Norte. Em 2010 sua população era de 39 771 habitantes, ocupando uma área territorial de 294 km². Atualmente, há 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município, mas já foi colocado que serão abertas mais quatro unidades básicas de saúde, o que representa um ganho para toda a população, principalmente para a área rural, que é onde serão construídas pelo menos duas unidades.

Todas UBS seguem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), assim, contamos com atendimento nas áreas de nutrição, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social, além de atenção secundária para Odontologia. Isso garante uma melhor e mais ampla assistência à população.

Além disso, existe um centro de referência na cidade, no qual há diversas especialidades médicas (há a representação de quase todas); porém, ainda existem alguns entraves, como poucos profissionais em relação à demanda de usuários. Dependendo da especialidade, a consulta demora até dois meses para ser

realizada, prejudicando o seguimento e podendo piorar a situação do usuário. Em relação aos exames complementares, os exames laboratoriais chegam a estar finalizados com um mês (postergando por vezes o diagnóstico e tratamento) e os de imagem com mais de dois meses. Fizemos uma reunião recente com nossa gestora e secretário de saúde, os mesmos ficaram de resolver tais problemas.

A cidade possui um hospital regional, porém atualmente ele está fechado para reforma e por não ter médicos suficientes para fechar a escala. No hospital só funciona a parte de pediatria e obstetrícia. Para amenizar o problema, a juíza determinou que fosse aberta uma unidade de pronto-atendimento de 24 horas para atender as urgências, a qual funciona numa UBS adaptada; durante a semana funciona no período das 19h às 07h e nos finais de semana funciona por 24h. Apesar disso, a estrutura não comporta atender todo tipo de urgência, assim, o médico é obrigado a encaminhar os pacientes mais graves para hospitais de cidades vizinhas. Já foi colocado em pauta esse problema na reunião que citei, na qual foi comunicado que no final de Junho/2014 o hospital será reaberto.

Minha Unidade Básica de Saúde fica no centro da cidade, ela é chamada de Porto Seguro/Centro II. Ela possui apenas uma equipe, a qual é responsável para atender a 2.567 pessoas, sendo aproximadamente 943 famílias. A equipe é composta por uma médica, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas arquivistas, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Todos os profissionais são bem empenhados para fazer da melhor forma sua função. Toda equipe é unida, assim, fica mais fácil de fazer atividades de promoção à saúde.

A estrutura física da unidade básica é relativamente boa. Anteriormente, havia uma casa a qual foi adaptada para se construir a unidade (já está sendo construída a nova unidade). A UBS funciona desde o ano de 2004, oferecendo dois turnos (matutino e vespertino) de atendimento à população. Como é somente uma equipe, não temos problema de espaço físico. Há consultório individual para cada profissional, ou seja, há um consultório para o médico, um para a enfermeira e um para o dentista. No entanto, não dispomos de sala para os agentes comunitários. As salas são todas bem sinalizadas, facilitando o fluxo dentro da unidade. A estrutura das salas é boa, com boa iluminação e ventilação. Meu consultório é o único que tem banheiro. Existem mais dois banheiros, um para os funcionários e outro para os usuários que é adaptado para cadeirante. De maneira geral, a unidade oferece

estrutura física básica para atender a deficientes físicos com rampas, embora não tenha corrimão ou um banheiro exclusivo para este tipo de usuário. Contamos com uma cadeira de rodas. Temos uma sala de atividades ampla, no espaço onde se imagina uma garagem de uma casa, que serve para as ações e atividades em grupo. Há ainda a sala de vacina, a sala de curativo e a farmácia. Esta última fica num espaço pequeno, dificultando a locomoção do profissional e a disposição dos medicamentos nas prateleiras. Recentemente, nosso estoque de medicamentos melhorou um pouco, mas ainda é insuficiente. Há a distribuição de medicamentos também na farmácia central da cidade.

Não sofremos com o excesso de demanda, felizmente. Como atendo a semana toda, a assistência à população é feita de maneira eficaz. Sempre sobra tempo para uma eventual urgência que surge. Em relação à saúde da criança, temos a consulta com a pediatra mensalmente (aproximadamente 60 atendimentos mensais); a enfermeira e eu somos responsáveis pelo atendimento de puericultura e crescimento-desenvolvimento, além disso, fico com os casos agudos que surgem ao longo da semana. São feitas ainda ações de prevenção em forma de palestras na UBS. Em relação ao cartão vacinal, posso dizer que quase 100% das crianças estão com os seus atualizados.

Em relação ao pré-natal, todas gestantes acompanhadas na nossa área têm suas consultas em dia de acordo com o calendário preconizado pelo MS. Além das seis consultas preconizadas, não é raro fazermos ainda mais que isso, garantindo melhor assistência à nossa gestante. Minha equipe dispõe de um turno por semana exclusivamente para consultas de pré-natal. A enfermeira e eu revezamos de 15/15 dias nas consultas de pré-natal. Quando necessário referenciamos as gestantes para o centro de referência da mulher do município, onde é feito também o acompanhamento das gestantes de alto risco. Oferecemos as vacinações e coleta de preventivo. Além de que em todas as consultas são feitas orientações sobre o aleitamento materno, alimentação adequada durante a gestação e sobre as transformações no organismo da gestante. Não tenho problema quanto aos exames de imagem, como USG obstétrica; no entanto, exames laboratoriais às vezes demoram muito, então acabo orientando as gestantes a realizarem os exames de forma particular. O registro das gestantes, é feito em um "cartão da gestante" no primeiro dia de seu pré-natal e a cada consulta há um registro dos dados clínicos nesse cartão e no prontuário da família pertencente a ela.

Em relação ao câncer de mama e de colo do útero, temos uma cobertura satisfatória da população feminina da nossa área na prevenção do CA de colo de útero, já que mais da metade dessa população (77%) está com o exame citopatológico em dia, a maioria com amostras satisfatórias e células representativas da junção escamo-colunar (JEC); também dispomos de uma boa cobertura de controle do CA de mama, uma vez que mais da metade das mulheres da área (67%) apresentam mamografia em dia. A enfermeira é responsável por realizar os preventivos, cujo resultado é mostrado a mim em consultas posteriores. Particularmente, não sofro muito com a demora de resultados de exames de mamografia e ultrassonografia (USG) de mamas. Trabalhamos sempre orientando a usuária a ficar atenta aos sinais de alarme, através do autoexame da mama.

O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos são feitos uma vez por semana, durante os dois turnos, dentro do programa HIPERDIA. Seguimos as orientações e recomendações do Ministério da Saúde. Trabalhamos com palestras informativas sobre estilo de vida, sobre o conceito da doença, suas complicações e tratamento. Os pacientes são bastante assíduos e demonstram preocupação com a sua saúde. O registro da consulta é feito apenas no prontuário, assim, fica mais difícil acompanhar de forma mais completa a evolução dessas doenças.

Os idosos fazem parte da maior parcela de usuários da unidade básica de Porto Seguro. Apesar disso, não seguimos um protocolo de atendimento específico ainda. Não há nada direcionado exclusivamente para essa faixa etária. Levarei esse problema para minha equipe para assim elaborarmos medidas que venham a melhorar a atenção aos nossos idosos. Os mesmos tendem a participar apenas de programas voltados ao HIPERDIA, mas sabemos que nem todo problema do idoso é hipertensão e diabetes.

A cada dia aprendo mais com as minhas vivências, as quais muitas vezes são desafiantes, mas fundamentais para a minha evolução. Tenho a sorte de ter entrado numa equipe unidade, disposta a trabalhar pelo bem dos nossos pacientes. Ainda enfrentarei batalhas pela frente, com certeza, mas o que importa ao final de tudo é que elas sejam superadas e que a assistência à população seja feita da maneira mais eficaz possível.

1.3 Comentário Comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional

Relembrando o que escrevi quando me perguntaram "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", vejo que ainda há alguns pontos a serem melhorados, como a construção de uma sala de triagem mais reservada. Acredito que irá melhorar quando mudarmos para nova sede que está sendo construída, a dificuldade está na demora para o término da obra.

Em relação aos medicamentos, houve melhora depois que comuniquei à diretora, estamos recebendo um bom estoque dos mesmos. Hoje estou cada vez mais unida a minha equipe e acredito que estamos fazendo um bom trabalho.

Analisando mais a fundo a situação da saúde no município, eu fico muito feliz em ver o serviço de atenção básica funcionando, apesar de alguns entraves considero uma boa assistência. Os pontos que me deixam entristecida está relacionado a demora na entrega dos exames laboratoriais e de imagem, e a grande demanda para poucos médicos nos serviços de especialidades médicas. Em algumas reuniões incluindo os profissionais de todas as unidades básicas, relatamos estes problemas.

Embora acredite que o município oferece saúde na atenção primária de forma razoavelmente boa, a atenção secundária e terciária praticamente não existe. O hospital regional estadual que havia foi interditado há quase um ano e não tem precisão de ser reaberto. A prefeitura, por sua vez, adapta uma UBS para um Pronto Atendimento, o qual não tem estrutura para atender emergências, apenas urgências, ficando o médico obrigado a encaminhar os pacientes mais graves para hospitais de cidades vizinhas.

Por fim, vejo a intenção de melhorar o serviço, tanto por parte dos gestores quanto dos profissionais, o que está faltando é um maior comprometimento do governo do Estado e um melhor planejamento das medidas a serem tomadas.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo (BRASIL, 2006). Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades

complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007). Isso representa um grande desafio para nós da atenção básica, que devemos rever, junto ao governo, métodos de planejamento quanto à assistência prestada a fim de que haja promoção à saúde e esses gastos sejam reduzidos. Enfim, os ganhos sobre a mortalidade e, como consequência, o aumento da expectativa de vida, associam-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2010), principalmente no que se diz respeito à atenção básica.

O foco principal deste trabalho é “Saúde do idoso”; pretendemos qualificar a assistência aos usuários com 60 anos ou mais e aplicar ações de promoção à saúde aos idosos da Unidade de Saúde de Porto Seguro localizada no município de São José de Mipibu/RN, reduzindo, assim, os índices de morbimortalidade dessa população.

A escolha do foco da intervenção foi algo baseado no grande número de idosos que são atendidos na minha unidade e nos indicadores de qualidade, os quais deixam a desejar. Como falado na análise situacional, não há registro do número de idosos que realizaram avaliação multidimensional, dos que estão com a consulta em dia, dos que foram avaliados quanto à morbimortalidade e indicadores de fragilização na velhice. Não foi possível saber também qual a quantidade de idosos que estão com avaliação de saúde bucal em dia. Isso certamente representa uma falha e não podemos concluir apropriadamente se há uma baixa qualidade da assistência prestada. Pretendo melhorar o registro de informações e, por conseguinte, melhorar a qualidade do atendimento à pessoa idosa.

Temos um total de 247 idosos, dos quais 90% receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa; no entanto, menos de 10% apresentam-na no momento da consulta. Isso representa outro ponto que precisa da nossa intervenção.

A Unidade Básica de Saúde de Porto Seguro apresenta apenas uma equipe da estratégia em saúde da família e tem uma boa estrutura física, com quantidade suficiente de consultórios, sala de vacina, sala de curativo, sala de expurgo, sala de recepção e banheiros adequados. A minha equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e cinco agentes de saúde; somos responsáveis por quase três mil usuários.

O público alvo da intervenção são todos os idosos residentes na área adstrita. Atualmente, trabalhamos com ações de promoção à saúde apenas com os idosos participantes do HIPERDIA, representando outra falha da minha unidade e um ponto a ser melhorado pela minha equipe a fim de abranger a totalidade dos idosos, independente de suas doenças. Contudo, aumentaremos essa cobertura fazendo a busca ativa dos demais idosos da nossa área.

É fundamental melhorar os indicadores de qualidade como avaliação multidimensional, assim como manter as consultas em dia, incluindo as consultas com a dentista. Acredito que a adesão dos idosos será boa, assim como a adesão dos idosos do HIPERDIA.

Melhorar os índices de morbimortalidade dos idosos é extremamente importante, uma vez que, como falado anteriormente, não onera os serviços em saúde, além de que é encantador ver um idoso envelhecer de forma saudável, tendo um ritmo de vida ativo e inserido dentro da sociedade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Promover a melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Porto Seguro, São José de Mipibu/RN.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1

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

- 1.2 Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência;
- 1.3 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

Relativas ao objetivo 2

- 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;
- 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 03 meses para diabéticos;
- 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos;
- 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área);
- 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos;
- 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos;
- 2.11 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos;
- 2.12 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;
- 2.13 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;
- 2.14 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

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

Relativas ao objetivo 3

- 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;
- 3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática;
- 3.3 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Relativas ao objetivo 4

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

Relativas ao objetivo 5

- 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
- 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
- 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos;
- 5.4 Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 6

- 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos;

- 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados;
- 6.4 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- 6.5 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos;
- 6.6 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal;
- 6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

Para ampliar a cobertura de acompanhamento aos idosos, no eixo organização e gestão do serviço, trabalharemos com o acolhimento aos idosos que adentrarem a unidade de saúde. O acolhimento dos idosos será realizado por todos os membros da equipe, recebendo o idoso que estará previamente agendado e aquele idoso que virá a procura de algum serviço sem agendamento prévio, tomando como base a Política Nacional de Humanização, a qual tem como diretriz estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004). Os agentes comunitários de saúde farão o cadastramento dos idosos da área, em ficha própria explicando-lhes sobre a importância da frequência às consultas e demais atividades da unidade. Os agentes comunitários de saúde realizarão a atualização semanal dos idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde no Sistema de Informação e-SUS. Ainda em relação a este eixo, organizaremos a agenda para reservar horário para atendimento odontológico aos idosos da área da UBS, organizaremos temas de interesse para os idosos e iremos elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação das ações coletivas. No eixo monitoramento e avaliação, será monitorada/avaliada periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica e as ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência da UBS, e no eixo engajamento público, devemos esclarecer a comunidade sobre a

importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS.

No eixo qualificação da prática clínica será realizada pela enfermeira uma capacitação da equipe sobre acolhimento aos idosos, sobre a política nacional de humanização e de protocolos específicos, em data e horários predefinidos. Os ACS serão capacitados pela enfermeira para o cadastramento dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de toda a área de abrangência e preenchimento e alimentação semanal da planilha de idosos. Os ACS também serão capacitados para realizarem busca ativa dos idosos que não estão em acompanhamento no serviço e para identificar casos que necessitam de atenção domiciliar. A equipe será capacitada pela enfermeira para verificação criteriosa da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste com treinamento apropriado e atualização. Além disso, a equipe também receberá capacitação sobre o acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade em relação a necessidade do idoso de realizar consulta odontológico. Neste caso, incluiremos a forma de realizar triagem desses atendimentos, com organização de filas, distribuição de fichas de acordo com a maior necessidade de atendimento, maior idade, e gravidade dos casos.

Abordando a qualidade do atendimento da saúde bucal, será monitorado a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento, os que conseguiram concluir, aqueles que necessitam de atendimento domiciliar e os que precisam de prótese dentária.

Garantiremos o registro dos idosos acamados e com problemas de locomoção através de planilha específica e atualizada semanalmente pelos agentes comunitários de saúde. Dessa forma, organizaremos a agenda para realização de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção por todos os profissionais de nível médio e superior da equipe três turnos por semana, envolvendo o enfermeiro, médico, cirurgião dentista e técnico de enfermagem. Cada profissional de nível superior organizará sua agenda e as visitas de nível médio serão organizadas pela enfermeira. Os agentes comunitários de saúde avisarão aos idosos com antecedência o dia em que cada profissional irá visitá-lo.

Para melhorar o acolhimento aos idosos portadores de HAS e DM, os membros da equipe serão capacitados em reuniões realizadas pela enfermeira, para que possa acontecer todos os dias da semana em todos os turnos, recebendo, ouvindo, direcionando os idosos aos locais de consulta específicos.

A agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos será organizada pelo odontólogo, que destinará turnos do seu serviço para esse público, inclusive para garantir as consultas para conclusão do tratamento, e o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. Além de qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios e quanto a orientação da importância do uso da prótese. Os idosos serão encaminhados pela enfermeira após atendimento de enfermagem e pelos ACS nas visitas domiciliares para atendimento odontológico. Será oferecido atendimento prioritário aos idosos, divulgado em sala de espera pelos membros da equipe e em informações visuais nos murais da unidade de saúde. Temos trabalhado para organizar as visitas domiciliares para consulta odontológica e organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. As visitas serão realizadas semanalmente em uma micro área por semana através de escala que será anexada no mural dos ACS.

Estabelecemos uma rotina para garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para a realização de procedimentos clínicos odontológicos domiciliares, monitorando a solicitação semanal dos pedidos realizados pela equipe de saúde bucal e o funcionamento dos equipamentos da sala odontológica, encaminhando à secretaria de saúde semanalmente.

No eixo monitoramento e avaliação, o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde será realizado periodicamente pela enfermeira após os atendimentos de enfermagem aos idosos. O monitoramento do número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados e daqueles que recebera visita domiciliar será através da planilha de idosos preenchida pelos ACS e enfermeira semanalmente. Além disso, será monitorado o número de idosos com rastreamento para HAS e DM periodicamente, através da realização da medida da pressão arterial sistêmica e hemoglicoteste em todos os idosos que comparecerem ao serviço para atendimento. Já o monitoramento do número de idosos cadastrados na unidade com acompanhamento odontológico no período, será realizado através da análise do livro de registro de atendimento aos idosos pelo dentista mensalmente.

No eixo engajamento público, o esclarecimento à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre a facilidade de realizá-lo na unidade de saúde acontecerá em salas de espera que antecederão

os atendimentos diários, realizadas com a participação de todos os membros da equipe em escala organizada previamente. A comunidade será informada sobre o programa saúde do idoso na unidade de saúde e possibilidade de solicitar visita domiciliar, através da divulgação na unidade de saúde pela equipe e na comunidade pelos ACS. Além disso, a comunidade será informada pela equipe sobre a importância da aferição da pressão arterial após os 60 anos de idade e do rastreamento para diabetes mellitus nos portadores de hipertensão arterial, além dos fatores de risco para desenvolvê-las. Ainda neste eixo, a comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Para melhorar a adesão dos idosos ao programa de atenção à saúde do idoso, no eixo organização e gestão do serviço serão organizadas pela enfermeira junto aos ACS visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos, organizar e acolher os idosos provenientes da busca ativa, com a participação dos membros da equipe que foram capacitados. No eixo monitoramento e avaliação, será realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo de atendimento aos idosos adotado. No eixo engajamento público, realizaremos salas de espera por todos os membros da equipe para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e periodicidade, esclareceremos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. No eixo qualificação da prática clínica, a especializanda treinará os ACS para a orientação dos idosos quanto a realizar consultas e sua periodicidade e definirá com a equipe a periodicidade das consultas em saúde bucal.

De forma a melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, no eixo organização e gestão do serviço têm-se como ações a serem desenvolvidas, garantir os recursos necessários para implantação e realização da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos, definir as atribuições de cada membro da equipe na realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos e na avaliação dos idosos com hipertensão e/ou diabetes, em reunião realizada com os ACS e enfermeira.

Visamos também a garantir em reunião realizada com o gestor municipal de saúde do município, a referência e contra referência dos idosos com alterações neurológicas e circulatórias em extremidades, para especialistas em geriatria e angiologia através do preenchimento da ficha de referência e contra referência

utilizada pelo município. Essa reunião visa também garantir a solicitação de exames complementares e agilidade na realização dos exames. Para realizar o controle de estoque de medicamentos pela auxiliar de dispensação de farmácia e manter um registro da necessidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos na unidade será utilizado impresso padronizado pelo município. Organizaremos ações conjuntas nas campanhas para captar idosos da área não vacinados, em consonância com a equipe de saúde bucal, material educativo relacionado ao auto exame da boca.

No eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira realizará o monitoramento da realização da avaliação multidimensional rápida anualmente em todos os idosos acompanhados na unidade de saúde, através da ficha espelho e livro de registro de saúde do idoso. Mensalmente a especializanda fará o monitoramento da realização do exame clínico e laboratoriais apropriados dos hipertensos e diabéticos, do acesso aos medicamentos e da proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico e que tem o tratamento concluído, através da observação do livro de registro de saúde do idoso do médico e do dentista. No eixo engajamento público, a equipe em reuniões de grupo e em sala de espera com os idosos deverá orientar a comunidade sobre a importância do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, compartilhar as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, orientar quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades, avaliados periodicamente. Além disso, a equipe orientará os pacientes e a comunidade quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, sobre a importância de concluir o tratamento odontológico, manutenção de próteses bucais e importância do auto exame da boca.

No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira realizará um cronograma para treinar a equipe na aplicação da avaliação multidimensional rápida, para encaminhamento dos casos que necessitem de atendimento especializado, para realização do exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos após as consultas e para avaliar as principais alterações bucais em idosos.

Com o intuito de melhorar o registro das informações, no eixo organização e gestão do serviço, a enfermeira manterá as informações do e-SUS atualizadas, e implantará a planilha/registo de acompanhamento do atendimento dos idosos. E o dentista implantará planilha/registo específico de acompanhamento odontológicos

dos idosos da área da UBS, definirá responsável pelo monitoramento dos registros. No eixo monitoramento e avaliação a enfermeira deverá monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade e os registros na caderneta de saúde da pessoa idosa semanalmente. No eixo engajamento público, a equipe orientará os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção dos registros e disponibilização de segunda via se necessário, orientará os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta de saúde do idoso quando comparecer aos níveis da atenção.

Para mapear os idosos de risco da área de abrangência, no eixo organização e gestão do serviço, a equipe priorizará o atendimento aos idosos com maior risco de morbimortalidade e fragilizados na velhice, acionando os ACS e equipe para um acompanhamento mais periódico, priorizando atendimento de saúde bucal de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão). No eixo monitoramento e avaliação, realizaremos o monitoramento do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, para qualidade da rede social, através do acompanhamento periódico do livro de registro de saúde do idoso e da avaliação das fichas espelho. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira deverá em pequenas oficinas capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, de fragilização na velhice e de fatores de risco em saúde bucal. E no eixo engajamento público, orientaremos a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

Finalmente para promover a saúde dos idosos, no eixo organização do serviço, faremos reunião com a equipe para definir o papel dos membros na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, na orientação da prática de atividade física regular, organizar tempo médio em consultas afim de garantir orientação em nível individual. Além disso, organizaremos temas de interesse aos idosos cadastrados no programa de saúde bucal para serem trabalhados em reuniões e sala de espera, e assim, junto com a equipe elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias e disponibilizar material ilustrativo para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

No eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira monitorará a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade ou desnutrição, a orientação para prática de atividade física para todos os idosos, quantos realizam atividade física regular, e as atividades educativas individuais, através da observação do livro de registro de saúde bucal e médica. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira capacitará a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável”, criando orientação específica para o grupo de idosos hipertenso/diabéticos.

No eixo monitoramento e avaliação monitoraremos a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade e os registros na caderneta de saúde da pessoa idosa semanalmente. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira realizará o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e capacitará a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Enfim, espero que minha equipe consiga colocar em prática as ideias que citei acima para garantir a melhor assistência aos nossos idosos, reduzir os índices de morbimortalidade desses usuários e garantir que os mesmos tenham um ritmo de vida ativo e permaneçam exercendo seu papel dentro da sociedade.

2.3.2 Indicadores

1 Referente à meta 1.1 - Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Referente à meta 1.2 - Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência;

Indicador 1.2 - Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa

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

Referente à meta 1.3 - Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador 1.3 - Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência

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

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

2 Referente à meta 2.1 - Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

Referente à 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à 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.

Referente à meta 2.4 - Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

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

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

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

Referente à meta 2.5 - Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

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

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

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

Referente à meta 2.6 - Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

Referente à meta 2.7 - Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

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

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

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

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

Indicador 2.8 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

Referente à meta 2.9 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

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

Referente à meta 2.10 - Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

Referente à meta 2.11 - Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.11 - 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.

Referente à meta 2.12 - Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

Indicador 2.12 - 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.

Referente à meta 2.13 - Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.13 - 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.

Referente à meta 2.14 - Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.14 - 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.

Referente à meta 2.15 - Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.15 - 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.

3 Referente à meta 3.1 - Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Referente à meta 3.2 - Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Indicador 3.2 - 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.

Referente à meta 3.3 - Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Indicador 3.3 - 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.

4 Referente à meta 4.1 - Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1 – 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.

Referente à meta 4.2 - Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

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

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

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

Referente à meta 4.3 - Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.3 - Proporção de idosos com registro na adequado

Numerador: Número de registros específicos atualizado.

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

Referente à meta 4.4 - Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Indicador 4.4 - 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.

5 Referente à meta 5.1 - Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

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

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

Referente à meta 5.2 - Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

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

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

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

Referente à meta 5.3 - Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Referente à meta 5.4 - Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Indicador 5.4 - 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.

6 Referente à meta 6.1 - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

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

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

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

Referente à 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.

Referente à 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.

Referente à meta 6.4 - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

Indicador 6.4 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

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

Referente à meta 6.5 - Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.5 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

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

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

Referente à meta 6.6 - Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Indicador 6.6 - 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.

Referente à meta 6.7 - Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador 6.7 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

De acordo com o levantamento realizado durante a análise situacional optamos por desenvolver estratégias de melhorarias na atenção à saúde do idoso. Este projeto será desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde de Porto Seguro localizada no município de São José de Mipibu/RN, onde participarão todos os idosos residentes da área que tenham mais de 60 anos de idade. A estimativa é de realizar acompanhamento a 100% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 247

peessoas. Serão monitorados todos os idosos que adentrarem a unidade de saúde com qualquer tipo de necessidade.

Elaboraremos uma ficha de atendimento específico do idoso, para que assim haja um melhor acompanhamento e definição de conduta. Essa ficha ficará anexada ao prontuário da família e incluirá dados pessoais e de antecedentes pessoais e familiares, resultados de teste que avaliam a capacidade física e a qualidade de vida dos idosos (como, por exemplo, o teste de avaliação de atividades diárias), histórico vacinal, alergias, medicamentos em uso, hábitos de vida e evolução do dia da consulta (incluindo anamnese, exame físico, diagnóstico e conduta). Realizado o levantamento dos idosos, assim como a busca ativa, definiremos um turno na semana para que o atendimento seja direcionado a esses usuários, os quais serão estimulados a levarem em cada consulta sua caderneta de saúde.

Para realizar a intervenção no programa “Saúde dos idosos” vamos adotar os manuais técnicos: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, é por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Atualmente, utilizamos o prontuário comum durante a consulta ao idoso, mas para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, aplicaremos a ficha espelho disponibilizada pela equipe da especialização em saúde da família da UFPel, além de um livro de registros, o qual deverá conter informações sobre acompanhamento de saúde bucal, agendamento das próximas consultas, vacinação, medicamentos, exames clínicos e laboratoriais, ausência nas consultas e visita domiciliares. Desta forma, será solicitada à diretora da UBS a impressão das fichas espelho, para o acompanhamento dos idosos e a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. A avaliação da intervenção será mensal e acontecerá utilizando a planilha eletrônica de coleta de dados. Com isso, esperamos ampliar a cobertura para 100% dos usuários idosos.

Para ampliar o cadastramento dos idosos, a enfermeira sinalizará mensalmente aos ACS quanto à realização de busca dos idosos resistentes à assistência. Além disso, será realizada pela enfermeira e ACS, uma planilha de

monitoramento dos idosos acamados, sendo o monitoramento deste realizado pelos técnicos de enfermagem, pelo enfermeiro e pelos ACS semanalmente. As visitas domiciliares serão realizadas por todos os profissionais.

Organizamos a agenda para realização de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção por todos os profissionais de nível médio e superior da equipe no mínimo um turno por semana, envolvendo o enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem e ACS. A partir das informações destes que era decidido qual (is) idoso (s) teria (m) a visita dos profissionais, uma vez que eles são o elo entre a equipe e população. Geralmente escolhíamos a terça-feira pela manhã para estas visitas, e apenas no mês das férias da dentista que não a tínhamos presente, mas contamos com os demais profissionais. Nestas visitas era prestada a assistência de enfermagem, realizando procedimentos como a passagem de sonda uretral e a troca de curativos de úlceras por pressão, além das orientações sobre mudanças de decúbitos para pacientes acamados e aplicação de vacinas. Pela médica era realizada a consulta e orientações médicas, com o preenchimento das fichas, avaliação global e exame físico. A dentista fazia a avaliação odontológica específica para a terceira idade, e de acordo com a necessidade do paciente, os encaminhavam à UBS para poder realizar os procedimentos adequados.

Visando a concretizar o melhoramento da qualidade da atenção ao idoso na UBS, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os manuais técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, e realizaremos treinamentos e capacitações da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e terá continuidade na residência, para isto será reservada uma hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos manuais técnicos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Serão solicitados à secretaria municipal de saúde através de ofício, os materiais necessários para realização das atividades como balança e antropômetro, salientando a necessidade de garantir a oferta de medicamentos na farmácia da UBS.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso, de forma a monitorar os idosos hipertensos e diabéticos, a enfermeira utilizará o livro de registro da

assistência de enfermagem (HIPERDIA). Será monitorado o acesso aos medicamentos da farmácia popular e hiperdia, registrando pela enfermeira e técnicos de enfermagem os medicamentos que idosos portadores de hipertensão e diabetes fazem uso. O estoque e monitoramento dos medicamentos serão realizados pelo dispensador de farmácia da unidade.

Para sensibilizar a comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde do idoso. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos, incluindo aqueles impossibilitados de comparecer a unidade, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo.

Para o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência, utilizaremos o Manual Técnico Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, e os prontuários, buscando priorizar o atendimento ao idoso com maior risco de morbimortalidade e de fragilização na velhice. Será realizada pela enfermeira a capacitação da equipe para identificar fatores de riscos para morbimortalidade, fragilização na velhice e avaliação da rede social da pessoa idoso, orientando a equipe quanto aos critérios a serem observados para identificar esses fatores e sinalizando em livro de registro dos idosos após os atendimentos diários.

A cada consulta pretendemos iniciar o preenchimento da ficha específica. Como são muitos idosos na área, a organização do registro específico do programa será em longo prazo, mas obteremos bons resultados ao final. Para preencher a ficha espelho, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e eu faremos uma revisão em cada prontuário do idoso atendido naquele dia para que sejam transcritos os exames feitos nos últimos seis meses. Dessa forma, é possível identificar se há atraso na solicitação dos exames complementares, possibilitando colocá-los em dia. Para isso, é essencial dispormos de um turno exclusivo para o atendimento a usuários com 60 anos ou mais.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pelas técnicas de enfermagem, que farão uma reorganização da fila, dando prioridades quanto a necessidade de atendimento, a maior idade, maior fragilidade do idoso, e em relação as queixas. Elas também irão estimular o uso da caderneta de saúde.

Não trabalhamos com consulta agendada, mas acredito que poderemos fazer um diferencial quanto à consulta ao idoso, a qual será feita em um turno definido por minha enfermeira e eu. Portanto, os idosos já sairão com a próxima consulta agendada. Estipulamos atender a seis idosos a cada turno; pode parecer pouco, mas é fundamental que a consulta seja completa e que seja feito o preenchimento da ficha específica. Então, esse é um bom número para dá uma assistência de qualidade ao usuário idoso e para a equipe ter tempo hábil para revisar os prontuários e preencher as fichas espelho.

Para realizar a promoção a saúde da pessoa idosa, utilizaremos o Guia Prático do Cuidador, Ministério da Saúde, 2008 e as recomendações de "Dez passos para alimentação saudável" e o "Guia alimentar para a população brasileiro". O objetivo maior é promover ações educativas da equipe junto aos idosos, familiares e cuidadores, sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física. Essa atividade será realizada mensalmente por todos os profissionais da equipe durante os atendimentos.

Para monitorar a ação programática, mensalmente a enfermeira examinará as fichas dos idosos, identificando aqueles com consultas, exames e vacinas em atraso. O agente comunitário será notificado e buscará todos os idosos, estimando-se 10 por semana, totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca, já agendará o idoso para um dia de sua conveniência para ir a unidade ou receber a visita domiciliar. O idoso ou cuidador receberá uma notificação com data e hora da consulta. Ao final de cada mês, as informações serão consolidadas na planilha eletrônica e no e-SUS pela enfermeira.

3**3 RELATÓRIO FINAL 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.**

Realizamos a capacitação dos profissionais da unidade seguindo as recomendações do Ministério da Saúde sobre os manuais técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de dez pessoas, dois técnicos de enfermagem, um arquivista, cinco agentes comunitários de saúde e um dentista.

Aproveitamos o momento para esclarecermos dúvidas e atribuímos o papel e a importância de cada profissional durante o desenvolvimento do projeto. Isto estava previsto para ocorrer na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades em cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que no segundo e terceiro mês tivemos a campanha do outubro rosa para prevenção de câncer de colo do útero e da mama e o novembro azul para a prevenção do câncer de próstata. Dessa forma, cada profissional tinha muitas coisas para fazer e algumas metas não foram cumpridas por causa da falta de tempo.

O ACS foi um elo importante entre a unidade e o idoso, uma vez que fez a busca diária pelos usuários da terceira idade, marcando consultas, se informando quem não podia ir à unidade por dificuldade de locomoção e realizando a marcação das visitas domiciliares. Foram eles que ajudaram no cadastramento e trouxeram várias informações relativas ao estado de saúde de cada usuário. As técnicas de enfermagem auxiliaram no acolhimento, classificação de risco, verificando a pressão arterial e realizando o teste de HGT para os idosos diabéticos.

À arquivista foi atribuída a função de recepcionar e acolher os idosos de forma humanizada além da organização do prontuário, quanto a inclusão da ficha espelho. A enfermeira auxiliou muito nas marcações de consultas também,

principalmente quando atendia os idosos no programa hiperdia que não era cadastrado neste programa. Ela acompanhou todas as visitas domiciliares prestando a assistência de enfermagem, realizando procedimentos como a passagem de sonda uretral e a troca de curativos de úlceras por pressão, além das orientações sobre mudanças de decúbitos para pacientes acamados. A dentista realizou consultas odontológicas específicas para a terceira idade, fazendo a avaliação e orientando os mesmos.

Além da capacitação e da atribuição do papel de cada um, houveram reuniões semanais para discutir o que e como o serviço estava sendo prestado. Isto impactou também em outras atividades no serviço, uma vez que houve a mobilização do trabalho em equipe, a sensibilização e o comprometimento de se fazer o melhor.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa estava previsto para todas as semanas da intervenção e ocorreu de maneira bem adequada porém cerca de 40% dos idosos ficaram sem cadastro na intervenção. Antes disso os ACS fizeram o levantamento do número de idosos na área para poder atribuir as metas, concluindo que o número total de idosos era 247.

Durante as doze semanas, fizemos o cadastramento dos idosos independentes, os dependentes e acamados e toda sexta à tarde atendemos, em média, oito idosos, porém, quando ele não podia neste dia, era atendido em outro. Foi feito o exame físico, preenchida a ficha espelho, e a avaliação multidimensional. Renovada as receitas para medicações controladas, anti-hipertensivos e diabéticos, registrada as principais queixas, comorbidades e solicitado alguns exames de rotina.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não a possuíam, a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre às consultas. No final de cada semana realizamos uma reunião com a equipe, fazendo a análise do que foi feito, e no final de cada mês avaliamos o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular e Hiperdia que os idosos fazem uso, feito pelo dispensador da farmácia da unidade. O monitoramento da saída de medicamentos da farmácia da unidade também foi uma melhoria para o serviço, uma vez que o uso indiscriminado de drogas foi controlado, passando por ações educativas também.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dá muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da

equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem fazendo a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a demanda. No último mês, por exemplo, tivemos apenas um novo cadastro de idoso acamado ou com dificuldade de locomoção. A estimativa era de 22 idosos acamados, cadastramos 26, sempre sob indicação das ACS, as quais tiveram um papel fundamental no desenvolvimento deste projeto.

Apesar do êxito na maioria das ações planejadas, enfrentamos algumas dificuldades. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade de ficha espelho suficiente e precisamos ficar cobrando à diretoria da unidade. Também enfrentamos a falta da dentista, por quase dois meses, para cumprir nossas atividades planejadas, conseguimos preencher o cadastro e a planilha de coleta de dados em saúde bucal em 5 semanas, apenas. Esses atendimentos eram realizados a partir da minha avaliação, na qual via a necessidade da consulta odontológica, considerando as queixas dos pacientes e a última vez que estes tinham ido ao dentista.

Os problemas que acometem os idosos atendidos até hoje que mais me chamaram atenção estão relacionados a quedas, úlcera por pressão, demência, diabetes, hipertensão, uso abusivo de psicotrópicos, má alimentação, falta de exercícios físicos e falta de estrutura por parte dos familiares, o que nos leva a refletir a grande relação com as condições socioeconômicas.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

A única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizá-la foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

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

As maiores dificuldades encontradas para coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foi adaptar os atendimentos para responder todos os pontos elencados na ficha espelho e na planilha de coleta, principalmente porque a assistência prestada aos idosos era simplificada, sem avaliações e voltada apenas para hipertensão e diabetes ou pelas queixas que apresentavam.

A dificuldade para o fechamento das planilhas de coletas de dados foi o erro de digitação que só ao fechar as planilhas eram percebidas, precisando voltar as anotações ou prontuários para corrigi-las. E para o cálculo dos indicadores alguns deles ficavam com seu numerador em branco ou com a proporção maior que 100% por erros dos cálculos automáticos da própria planilha, a qual foi modificada várias vezes para poder dar certo.

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.

O impacto da intervenção para a comunidade já vem sendo percebido. Os idosos e familiares tem se mostrado satisfeitos com a prioridade no atendimento e estão mais presentes na unidade. Antes a frequência era apenas para pegar a medicação, ou se tivesse alguma queixa, agora eles demoram na consulta, são avaliados fisicamente e recebem orientações.

O aumento da procura pelo atendimento ao idoso foi bem considerável e as orientações da médica e da enfermeira a eles e seus familiares já estão incorporadas ao serviço, precisamos apenas desenvolver um mecanismo de aumentar o atendimento odontologia para esses idosos.

Percebo que a equipe se mobilizou, se integrou, e contribuiu muito na intervenção, porém, o desafio está na continuidade, uma vez que surgiram algumas dificuldades de adesão e de entendimento que o projeto precisa ser incorporado na rotina do serviço por tempo indeterminado. Portanto precisamos trabalhar com a

conscientização da comunidade e de alguns profissionais da equipe em relação a necessidade da atenção especial para os idosos, principalmente aqueles que se encontram em processo de fragilização.

Continuaremos realizando as ações do projeto de intervenção, utilizando a ficha espelho e a planilha do cadastro e coleta de dados para que se possa ter, sempre, a visualização dos resultados de forma mais fácil.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Considerando nossa população total de 2.700 pessoas, o cálculo para estimar o número de idosos da área de abrangência resultou em 270.

A fim de atingir a meta, 100% da cobertura, iniciamos o cadastramento, avaliação e assistência dos idosos, partindo de nenhum usuário cadastrado, uma vez que desconsideramos o cadastro do HIPERDIA e a não utilização de outro programa voltado exclusivamente para a pessoa idosa, evoluindo para 147 idosos cadastrados, ou seja, em três meses de intervenção, houve cobertura de 59,5% dos usuários dada pela razão entre o número de idosos cadastrados no programa e o número total de idosos da área, sendo que no primeiro mês o número de cadastros foi de 57 idosos (23,1%) e no segundo foi 106 (42,9%), conforme mostra a figura 1. Desta forma, percebemos que do segundo para o terceiro mês a proporção de idosos cadastrados aumentou 16,6%, indicando menor adesão de cadastros quando comparado o primeiro mês com o segundo, pois nestes observou-se um aumento de 19,8% de um para o outro. Este fato foi ocasionado devido as campanhas do outubro rosa e do novembro azul, que acabaram deixando a equipe mais atarefada para estas atividades, o que trouxe como consequência a diminuição do tempo para o cadastro e para as consultas dos idosos.

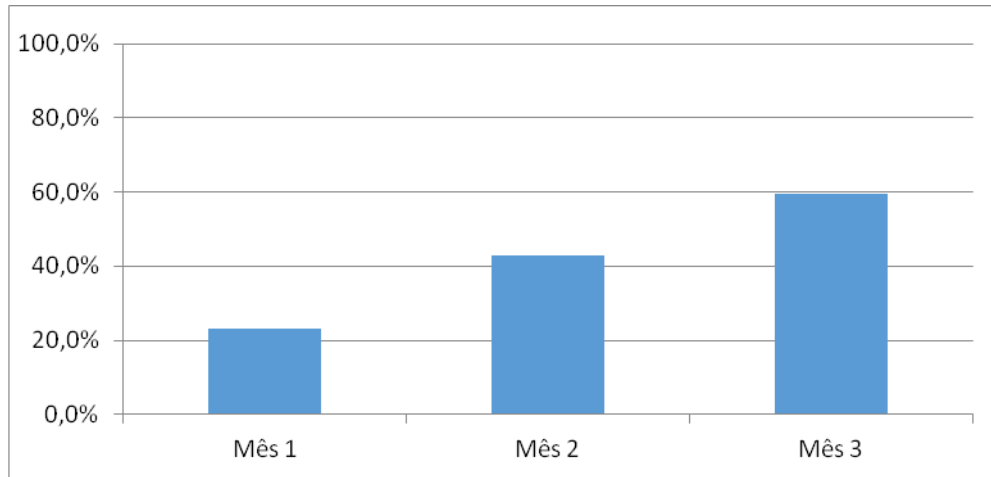


Figura 1 - Gráfico Representativo da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Quanto à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia dada pela razão entre o número de idosos com a avaliação em dia e o número de idosos cadastrados, encontramos que no primeiro mês 26 idosos (45,6%) tinham a avaliação em dia e no segundo mês 48 idosos (45,3%), finalizando os três meses da intervenção com 80 idosos (54,4%) avaliados com base neste indicador (figura 2). É importante ressaltar que consideramos os idosos que já haviam sido avaliados antes do primeiro contato a partir da intervenção, motivo este para termos apenas metade dos idosos cadastrados. No entanto, os que não tinham, era realizada no momento do atendimento.

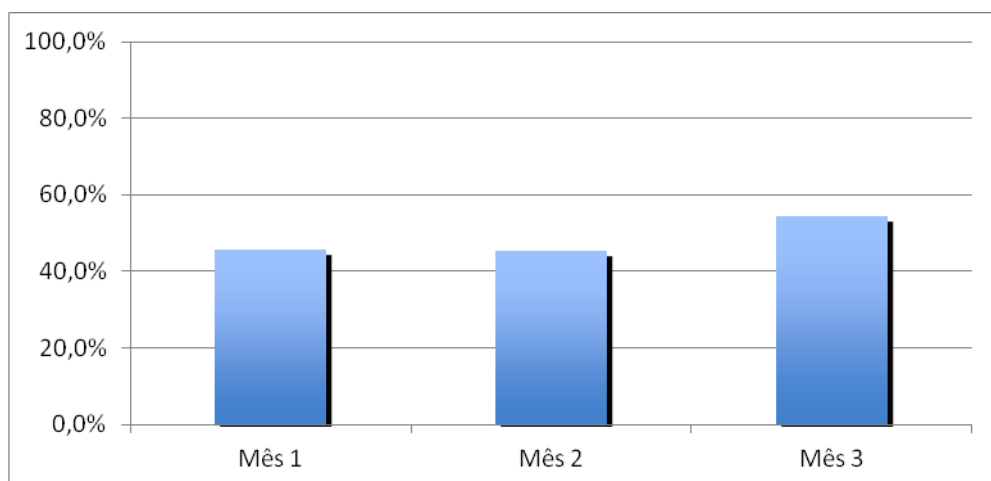


Figura 2 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Em relação à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, no primeiro mês foi 39 idosos (68,4%), no segundo 70 (66%) e ao final da intervenção 105 idosos (73,5%) com este exame em dia (Figura 3). O cálculo do indicador é dado pelo número de idosos com exame clínico apropriado em dia dividido pelo total de idosos cadastrados.

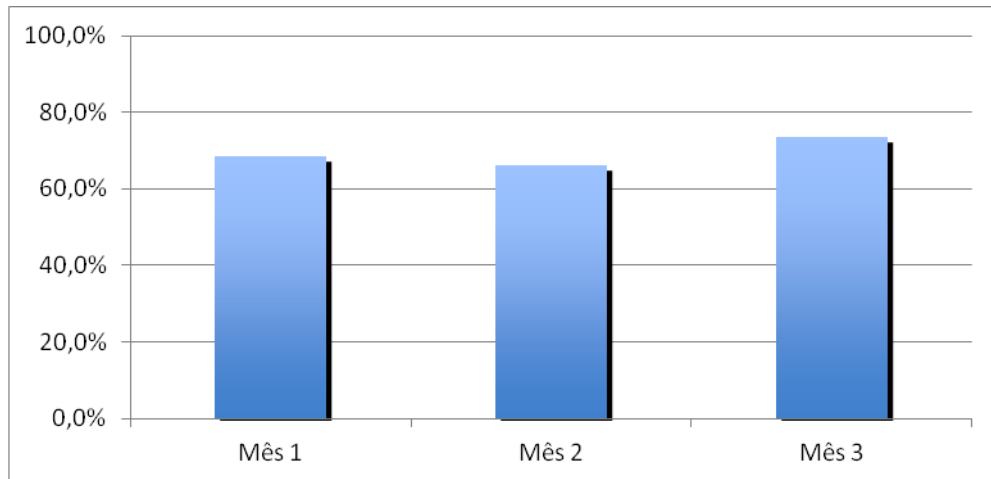


Figura 3 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

A proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia é dada pelo número de hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames periódicos complementares em dia sobre o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Percebeu-se no primeiro mês que 33 idosos (74,2%) que eram hipertensos ou diabéticos com exames complementares em dia, já no segundo mês este número foi para 44 idosos (72,1%) e aos três meses uma diminuição desta proporção, passando para 59,3% que corresponde a 48 idosos (Figura 4). Este indicador é semelhante ao da avaliação multiprofissional em dia, no sentido que apenas os idosos já estavam com a solicitação de exames complementares em dia entraram na proporção, excluindo os que foram solicitados após a intervenção. E este declínio é um espelho do que foi previsto, que a assistência para idosos se resumia ao HIPERDIA e mesmo assim não era de qualidade.

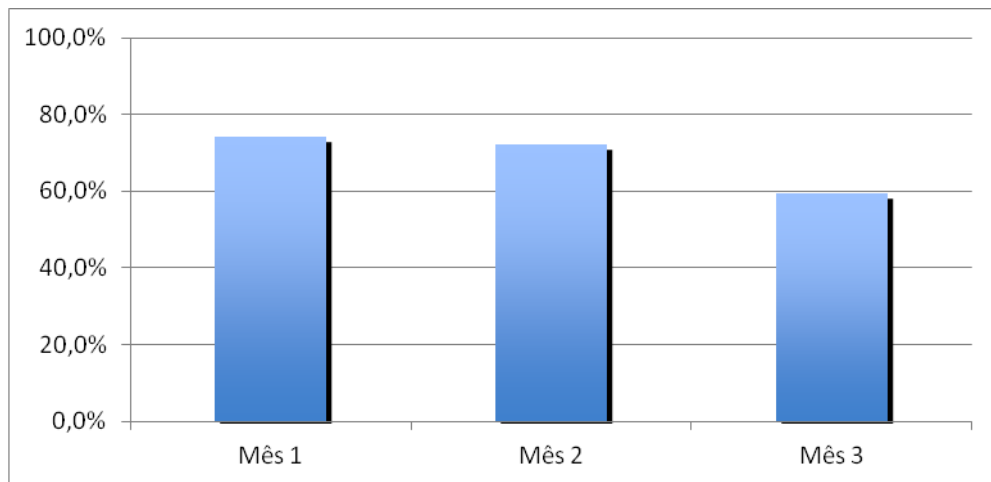


Figura 4 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

A Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada também diminuiu com o tempo, passamos de 56 (98,2%) para 96 (90,6%) no segundo e 122 (83,0%) no terceiro (Figura 5). A redução foi pelo fato de alguns idosos não precisarem de medicação.

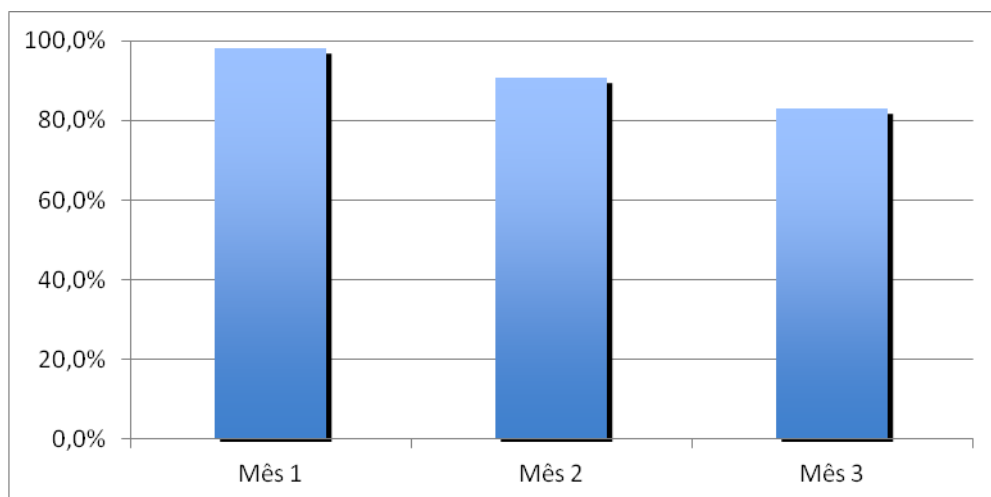


Figura 5 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Analisando os dados do indicador da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, observamos uma constante nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram 14 (100%), no segundo 23 (100%) e no terceiro 24 (100%), ou seja, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência foram cadastrados (Figura 6). O mesmo

aconteceu com as visitas domiciliares a esses idosos, uma vez que 100% dos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita, sendo 14 (100%) no primeiro mês, 23 (100%) no segundo e 24 (100%) no terceiro (Figura 7). Este indicador é calculado com o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar dividido pelo número de idosos cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção.

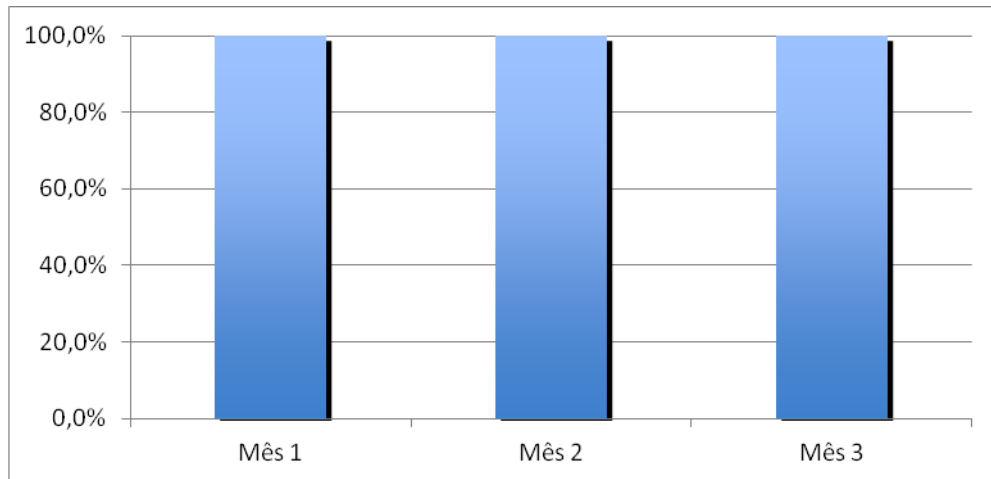


Figura 6 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

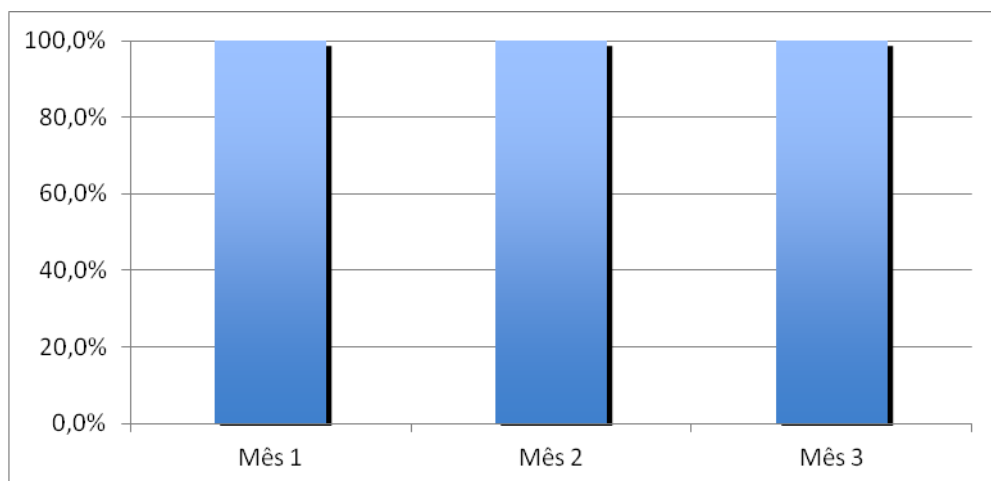


Figura 7 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Em relação a proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, tivemos um pequeno declínio no segundo mês da intervenção, representando por 103 idosos (97,2%), ou seja 3 idosos cadastrados não tiveram a pressão arterial aferida. Porém no primeiro e último mês respectivamente, 57 (100%)

e 147 (100%) dos idosos tiveram sua pressão arterial aferida na primeira consulta (Figura 8).

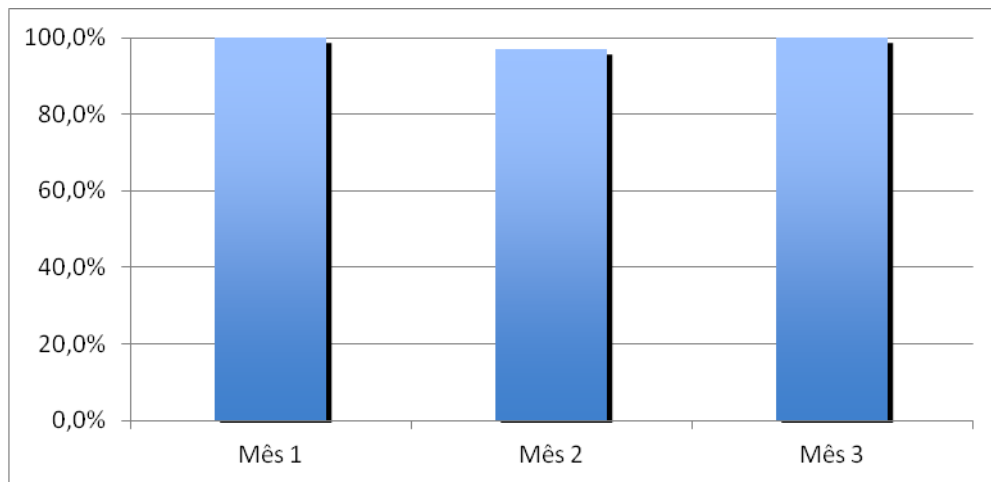


Figura 8 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Analisando a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, constatamos que 88 (100%) dos idosos hipertensos foram rastreados (Figura 9). No primeiro mês foi 37 (100%) e no segundo 67 (100%).

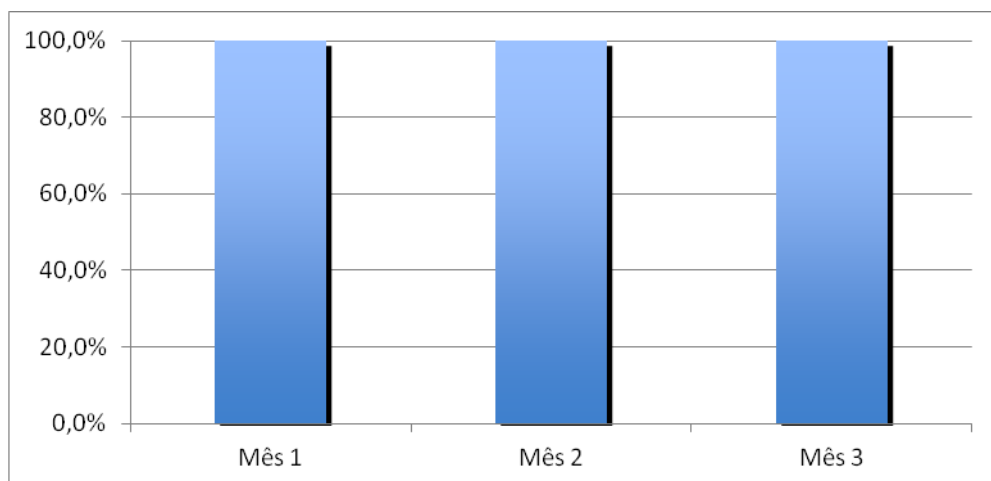


Figura 9 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

A proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi 100% (57 idosos) no primeiro mês, no segundo foi de 86,8% (92 idosos) e no terceiro de 89,8% (132 idosos), conforme figura 10. A justificativa para o não cumprimento da meta deve-se ao fato de que alguns idosos estavam com o tratamento odontológico em dia e se recusaram a realizar a avaliação odontológica.

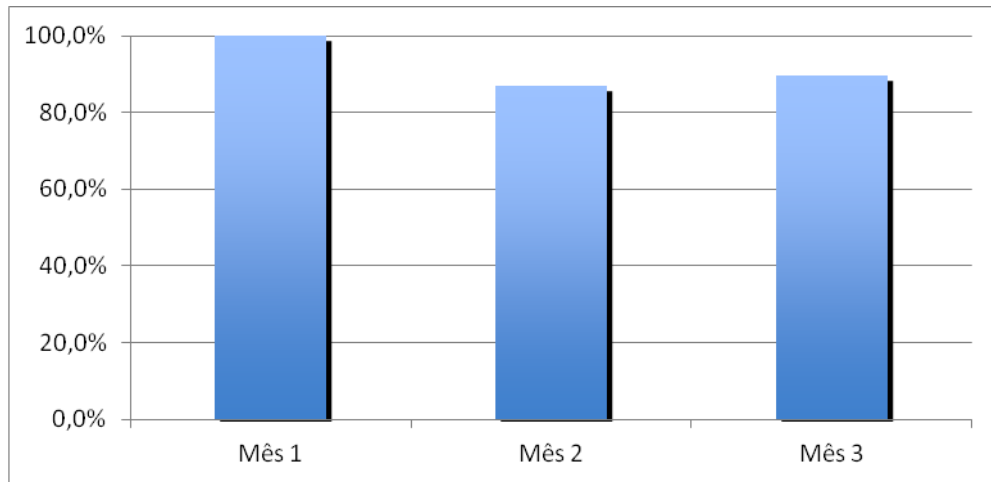


Figura 10 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática foi de 29 (50,9%) e aumentou no segundo mês para 61 idosos (57,5%) e no terceiro para 84 (57,1%) (Figura 11).

Já a proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa foi de 100% no segundo e terceiro mês, nos quais apenas 4 idosos em toda a intervenção faltaram às consultas, portanto no primeiro mês nenhum idoso faltou (Figura 12).

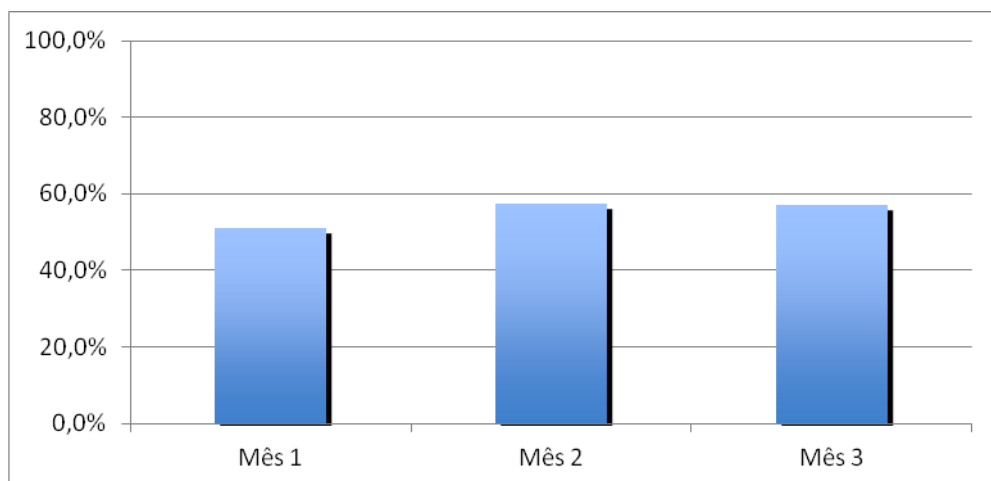


Figura 11 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

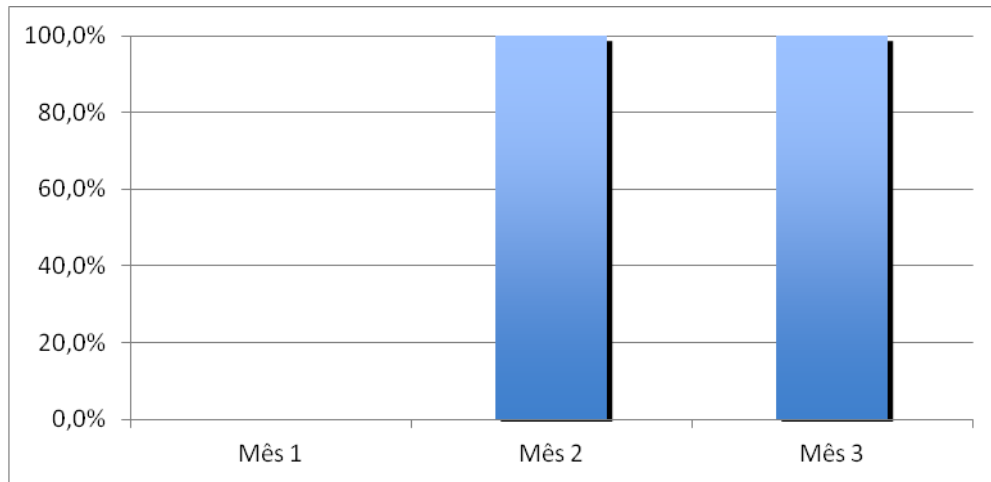


Figura 12 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Em relação a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, tivemos 57 (100%), 103 (97,2%) e 147 (100%) dos idosos cadastrados com a ficha espelho em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 13). O mesmo ocorreu com a proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em dia, onde 57 (100%), 103 (97,2%) e 147 (100%) dos idosos cadastrados tiveram a caderneta preenchida (Figura 14). Nos dois indicadores os três idosos que não foram registrados na ficha espelho e na caderneta da pessoa idosa foi devido a falta dos impressos no final de um dia de consulta.

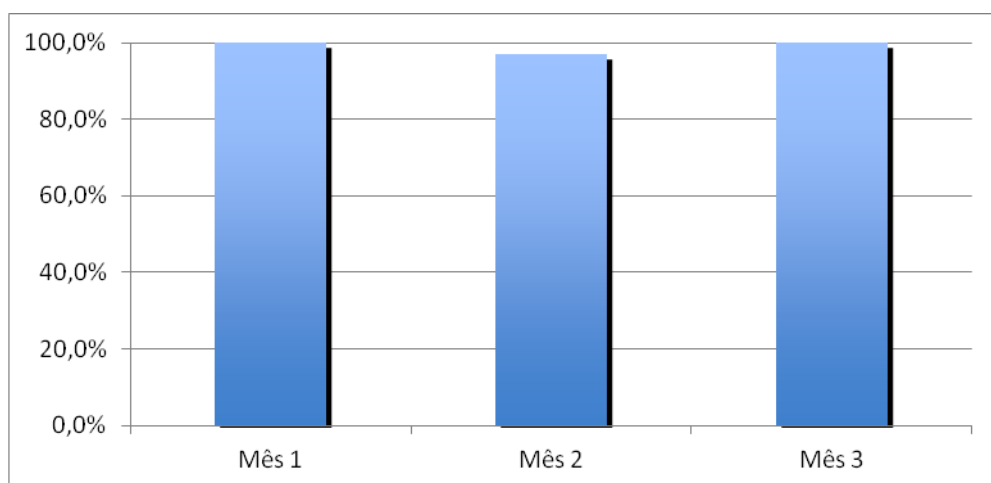


Figura 13 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

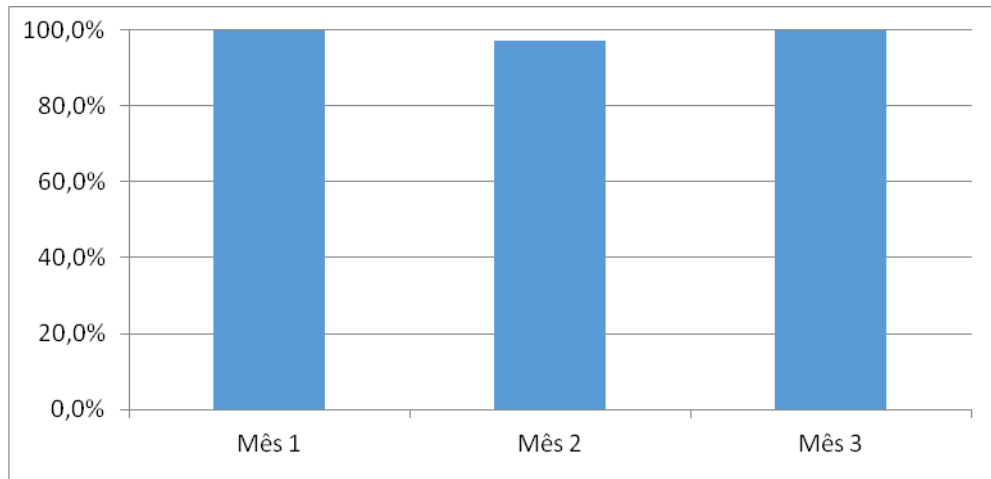


Figura 14 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade foi de 36 (63,2%) no primeiro mês, 63 (59,4%) no segundo e 101 (68,7%) no terceiro (Figura 15).

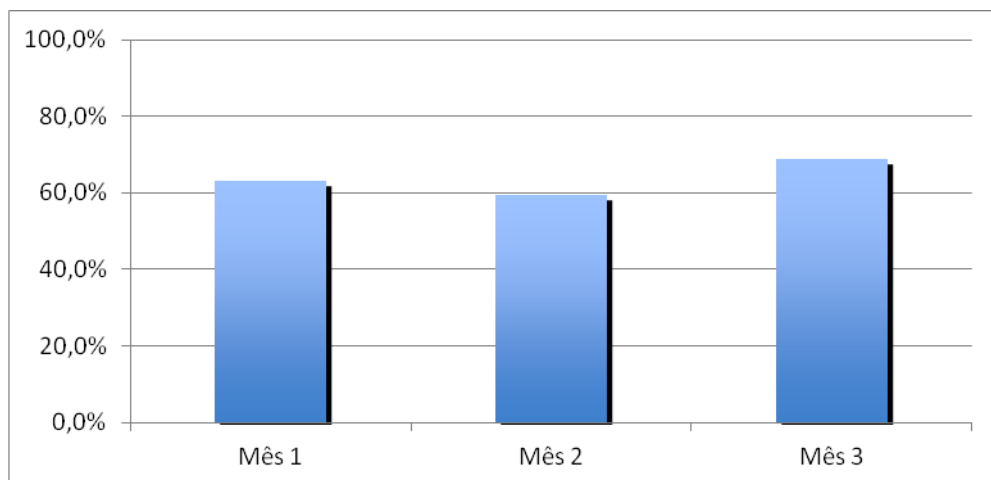


Figura 15 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Em se tratando da proporção de idosos com avaliação para fragilidade na velhice em dia, observamos uma crescente evolução nos resultados ao longo do tempo, de forma que no primeiro mês foi 47 (82,5%), no segundo foi 93 (87,7%) e no terceiro tivemos 133 (90,5%) idosos avaliados (Figura 16).

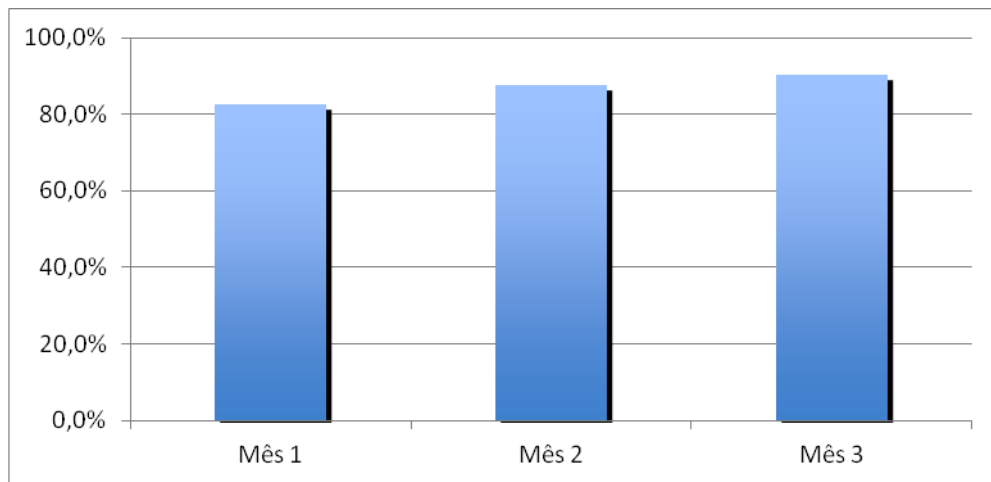


Figura 16 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia permitiu verificar que 123 (83,7%) idosos foram avaliados quanto a rede social no último mês da intervenção, sendo que 46 (80,7%) foram no primeiro mês e 84 (79,2%) no segundo (Figura 17). Já a proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis foi de 26 (45,6%) no primeiro mês, 54 (50,9%) no segundo e 94 (63,9%) no terceiro (Figura 18). Este indicador não atingiu a meta porque a parte restante foram encaminhadas para a nutricionista com o intuito de modificar hábitos alimentares e acompanhar uma dieta hipocalórica.

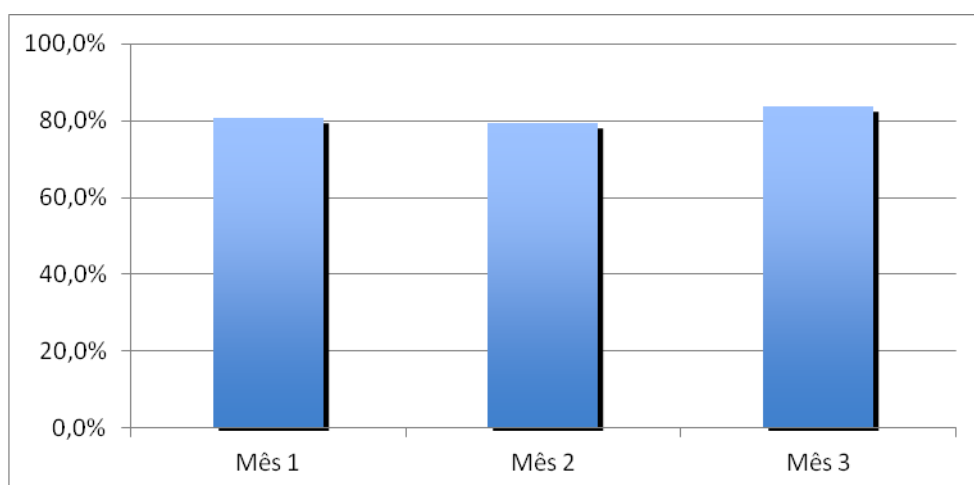


Figura 17 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

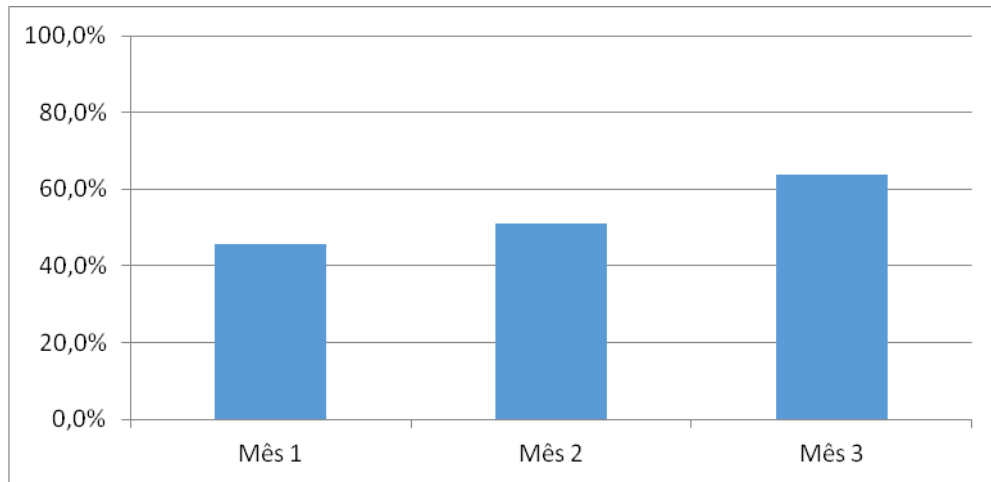


Figura 18 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Quanto a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, percebemos que 18 (31,6%), 40 (37,7%) e 68 (46,3%) idosos foram orientados no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 19). Os próprios idosos reclamam sobre a falta de atividades e exercícios físicos disponibilizados pela unidade de saúde, e principalmente de um educador físico mais presente.

A proporção de idosos com orientações individuais de cuidados de saúde bucal no primeiro mês foi 24 (82,8%) idosos no primeiro mês, 32 (52,5%) no segundo e 61 (72,6%) no terceiro.

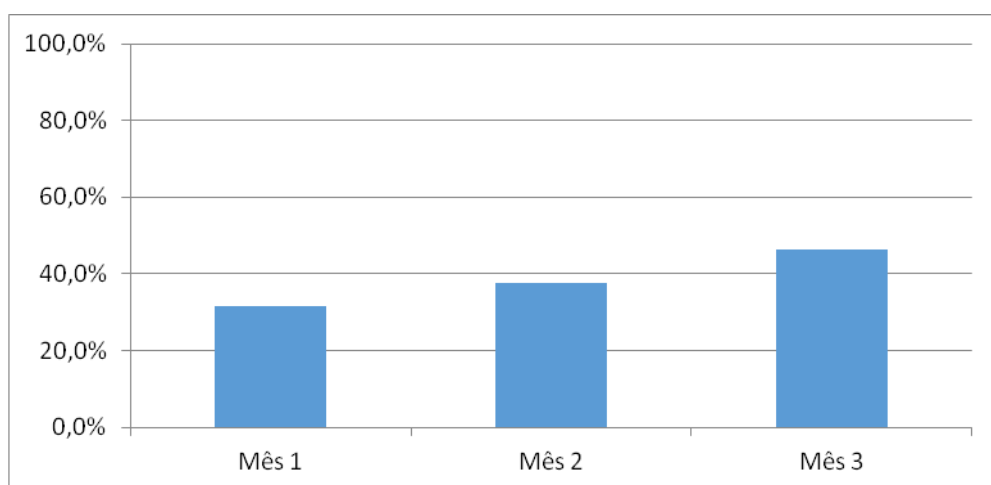


Figura 19 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

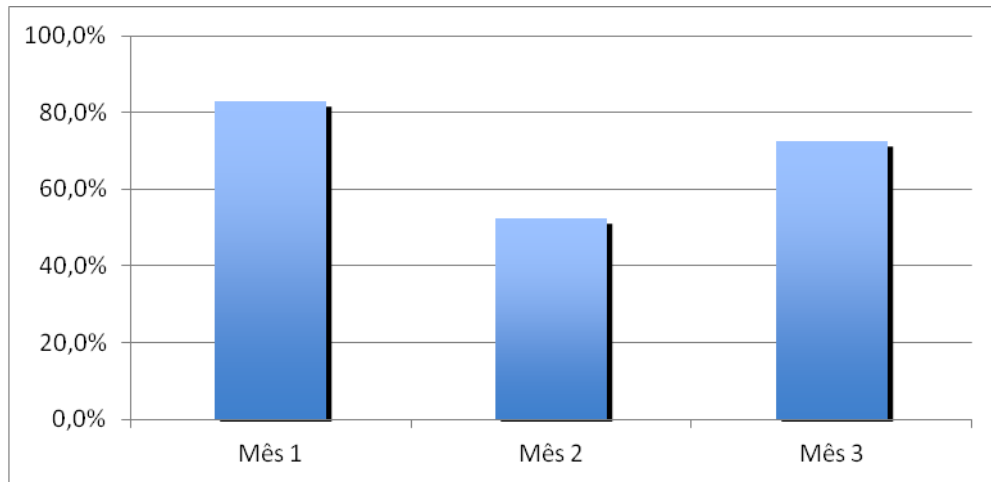


Figura 20 - Gráfico Representativo da Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado. Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação multidimensional rápida, da cobertura total de idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e do rastreio para hipertensão e diabetes.

Ela exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde sobre os manuais técnicos, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, 2 técnicos de enfermagem, 1 arquivista, 5 agentes comunitários de saúde e 1 dentista.

Aproveitamos o momento para esclarecermos dúvidas e atribuirmos o papel e a importância de cada profissional durante o desenvolvimento do projeto. O ACS foi um elo importante entre a unidade e o idoso, uma vez que fez a busca diária pelos usuários da terceira idade, marcando consultas, se informando quem não podia ir à unidade por dificuldade de locomoção e realizando a marcação das visitas

domiciliares. Foram eles que ajudaram no cadastramento e trouxeram várias informações relativas ao estado de saúde de cada usuário. As técnicas de enfermagem auxiliaram no acolhimento, classificação de risco, verificando a pressão arterial e realizando o teste de HGT para os idosos diabéticos.

À arquivista foi atribuída a função de recepcionar e acolher os idosos de forma humanizada além da organização do prontuário, quanto a inclusão da ficha espelho. A enfermeira auxiliou muito nas marcações de consultas também, principalmente quando atendia os idosos no programa hiperdia que não era cadastrado neste programa. Ela acompanhou todas as visitas domiciliares prestando a assistência de enfermagem, realizando procedimentos como a passagem de sonda uretral e a troca de curativos de úlceras por pressão, além das orientações sobre mudanças de decúbitos para pacientes acamados. A dentista realizou consultas odontológicas específicas para a terceira idade, fazendo a avaliação e orientando os mesmos.

A capacitação dos profissionais da saúde, a atribuição do papel de cada um e reuniões semanais para discutir o que e como o serviço estava sendo prestado impactou também em outras atividades no serviço, uma vez que houve a mobilização do trabalho em equipe, a sensibilização e o comprometimento de se fazer o melhor.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao idoso eram concentradas no programa hiperdia. Foi revisto as possibilidades de aumentar a cobertura e melhorar a atenção e assistência dessas pessoas, para isso, as atribuições da equipe foram direcionadas a eles, focando na consulta exclusiva com avaliação multidimensional, exame clínico, laboratoriais e registros na ficha espelho e caderneta do idoso, de forma que sistematizou a assistência.

O monitoramento da saída de medicamentos da farmácia da unidade também foi uma melhoria para o serviço, uma vez que o uso indiscriminado de drogas foi controlado, passando por ações educativas também.

O impacto da intervenção para a comunidade já vem sendo percebido. Os idosos e familiares tem se mostrado satisfeitos com a prioridade no atendimento e estão mais presentes na unidade. Antes a frequência era apenas para pegar a medicação, ou se tivesse alguma queixa, agora eles demoram na consulta, são avaliados fisicamente e recebem orientações.

Apesar do êxito do programa de intervenção, a sua cobertura ainda não é total, faltam cerca de 40% dos idosos da área de cobertura serem cadastrados. Mas caso fosse começar a intervenção hoje, tiraria um dia fixo para a consulta médica e deixaria marcada para dois ou três idosos todos os dias, a fim de não excluir ninguém, atendendo todas as possibilidades de horário deles. Melhoraria também as atividades de promoção à saúde, desenvolvendo e disponibilizando para a comunidade um calendário mensal com dia e horário dessas atividades.

Nesta etapa final do projeto, percebo que a equipe se mobilizou, se integrou, e contribuiu muito na intervenção, porém, o desafio está na continuidade, uma vez que surgiram algumas dificuldades de adesão e de entendimento que o projeto precisa ser incorporado na rotina do serviço por tempo indeterminado. Portanto precisamos trabalhar com a conscientização da comunidade e de alguns profissionais da equipe em relação a necessidade da atenção especial para os idosos, principalmente aqueles que se encontram em processo de fragilização.

Apesar de entender a grande demanda dos profissionais do NASF, tentaremos uma maior integração com a equipe deles para auxiliar nas atividades e atendimento direcionadas ao idosos que são de sua competência, visto a necessidade de uma maior atenção por parte da fisioterapia, educação física e nutrição.

4.3 Relatório para o gestor

Com base em um levantamento realizado para analisar a situação de saúde da unidade, optamos por desenvolver estratégias de melhorarias na atenção à saúde do idoso. Este projeto foi desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde de Porto Seguro localizada no município de São José de Mipibu/RN, onde participaram 60% dos idosos residentes da área. A estimativa era de realizar acompanhamento a 100% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 247 pessoas.

Foi elaborado a partir de projeto criado pela médica do PROVAB que presta serviço na unidade com o auxílio da Universidade Federal de Pelotas/RS, voltado para a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, que passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

Para tanto, elaboramos uma ficha de atendimento específico do idoso, para que houvesse um melhor acompanhamento e definição de conduta. Essa ficha ficou

anexada ao prontuário da família e incluiu dados pessoais e de antecedentes pessoais e familiares, resultados de teste que avaliam a capacidade física e a qualidade de vida dos idosos (como, por exemplo, o teste de avaliação de atividades diárias), histórico vacinal, alergias, medicamentos em uso, hábitos de vida e evolução do dia da consulta (incluindo anamnese, exame físico, diagnóstico e conduta).

Realizado o levantamento dos idosos, assim como a busca ativa, definimos um turno na semana para que o atendimento seja direcionado a esses usuários, os quais foram estimulados a levarem em cada consulta sua caderneta de saúde.

Após o planejamento, iniciamos nossas atividades com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde sobre os manuais técnicos: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, orientando a equipe quanto a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Além disso, as ACS foram orientadas para realizarem as buscas ativas dos idosos faltosos às consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, dois técnicos de enfermagem, um arquivista, cinco agentes comunitários de saúde e um cirurgiã-dentista, e ocorreu na primeira semana de intervenção, no final do expediente, em reunião de equipe.

Tivemos também uma reunião depois do segundo mês quando observamos a redução do número de idosos e familiares que não foram orientados em relação aos hábitos de alimentação saudável, à prática de atividade física e à higiene bucal. Com isso, a enfermeira se reuniu com as auxiliares de enfermagem e demais profissionais para reforçar essas orientações.

Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação multidimensional rápida, da cobertura total de idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e do rastreio para hipertensão e diabetes.

O estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática foi previsto para ocorrer na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades em

cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que cada profissional tinha muitas coisas para fazer para que a intervenção transcorresse da maneira correta.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa se deu em todas as semanas da intervenção e apesar do empenho das ACS que estavam realizando o cadastramento, finalizamos com cerca de 60% dos idosos cadastrados na UBS.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não a possuíam, a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre às consultas. No final de cada semana realizamos uma reunião com a equipe, fazendo a análise do que foi feito, e no final de cada mês avaliamos o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular e Hiperdia que os idosos fazem uso, feito pelo dispensador da farmácia da unidade.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dá muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem faziam a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a demanda. No último mês, por exemplo, tivemos apenas um novo cadastro de idoso acamado ou com dificuldade de locomoção. A estimativa era de 22 idosos acamados, cadastramos 26, sempre sob indicação das ACS, as quais tiveram um papel fundamental no desenvolvimento deste projeto.

Apesar do êxito na maioria das ações planejados, enfrentamos algumas dificuldades. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade de ficha espelho suficiente e precisamos ficar cobrando à diretoria da unidade. Também enfrentamos a falta da dentista, por quase dois meses, para cumprir nossas atividades planejadas, conseguimos preencher o cadastro e a planilha de coleta de dados em saúde bucal em 5 semanas, apenas. Esses atendimentos eram realizados a partir da minha avaliação, na qual via a necessidade da consulta odontológica, considerando as queixas dos pacientes e a última vez que estes tinham ido ao dentista.

Entretanto, a única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizá-la foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e

contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

Os problemas que acometem os idosos atendidos até hoje que mais me chamaram atenção estão relacionados a quedas, úlcera por pressão, demência, diabetes, hipertensão, uso abusivo de psicotrópicos, má alimentação, falta de exercícios físicos e falta de estrutura por parte dos familiares, o que nos leva a refletir a grande relação com as condições socioeconômicas.

Já em relação aos resultados, a proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, ao final da intervenção foi de 73,3%, porém, devido a falta de medicamentos na farmácia da unidade, a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular diminuiu com o tempo, passamos de 98,2% para 83,0%. Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência foram cadastrados, o mesmo aconteceu com as visitas domiciliares a esses idosos, uma vez que 100% dos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita.

Portanto, percebemos a importância da sistematização do atendimento às populações específicas, como os idosos, os quais não dispunham de nenhuma atividade específicas, e com o projeto passaram a ter avaliação multidimensional, orientações de promoção à saúde, exames clínicos e complementares, etc. No entanto, precisamos de mais comprometimento dos gestores para esta população, com melhores investimentos em medicamentos, atividades de promoção à saúde como exercício físico, criação e manutenção de grupos de convivência, articulação de uma rede para o idoso, principalmente aquele que não tem família, e que precisa de apoio da assistência social. É importante compreender a complexidade de um ser idoso e das diversas facetas que ele necessita para ter saúde.

4.4 Relatório para a comunidade

Com base em um levantamento realizado para analisar a situação de saúde da unidade, optamos por desenvolver estratégias de melhorias na atenção à saúde do idoso. Este projeto foi desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde de Porto Seguro localizada no município de São José de Mipibu/RN, onde

participaram 60% dos idosos residentes da área. A proposta era realizar acompanhamento a 100% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 247 pessoas.

Foi elaborado para a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, que passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado.

Para isso, elaboramos uma ficha de atendimento específico do idoso, para que houvesse um melhor acompanhamento. Essa ficha ficou junto do prontuário da família do idoso e incluiu dados pessoais, resultados de teste que avaliam se o idoso é dependente ou não, o histórico de vacinas, alergias, medicamentos em uso, estilos de vida e dados da consulta médica.

Definimos um turno na semana para que o atendimento fosse direcionado a esses usuários, os quais foram estimulados a levarem em cada consulta sua caderneta da pessoa idosa.

Após o planejamento, iniciamos nossas atividades com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde, orientando a equipe quanto a avaliação da saúde do idoso, o acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Além disso, as agentes foram orientadas para procurarem os idosos faltosos às consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado da médica e da enfermeira, com a participação de toda equipe, um total de 10 pessoas, 2 técnicos de enfermagem, 1 arquivista, 5 agentes comunitários de saúde e 1 dentista, e ocorreu na primeira semana de intervenção, no final do expediente, em reunião de equipe.

A intervenção proporcionou a ampliação da cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa, a qual passou a ser olhada de forma diferente e exclusiva, com atendimento específico e humanizado. Além disso, houve a melhoria dos registros utilizando o livro de registros, a ficha espelho, a caderneta da pessoa idosa e o prontuário do usuário; melhoria da qualificação da atenção por meio da avaliação do idoso, da assistência de todos os idosos acamados e com dificuldades de locomoção; e da busca pelos que tem hipertensão e diabetes.

O papel de cada profissional ocorreu na primeira semana de intervenção e foi realizado com êxito na reunião de equipe e depois individualmente. Não tivemos grandes dificuldades em cada um cumprir o seu papel, o que ocorreu foi que cada

profissional tinha muitas coisas para fazer para que a intervenção acontecesse da maneira planejada.

O cadastramento de todos os idosos no programa se deu em todas as semanas da intervenção e apesar do empenho das agentes de saúde que estavam realizando o cadastramento, finalizamos com cerca de 60% dos idosos cadastrados na UBS.

Além disso, foi preenchida e entregue para aqueles que ainda não possuíam a caderneta de saúde da pessoa idosa, orientando sobre a importância de levá-la sempre para a unidade de saúde.

Aprimoramos, também, o acolhimento humanizado dos idosos. Eu e a enfermeira, procuramos dar muita ênfase nisto, principalmente aos profissionais da equipe, desde sua entrada, com o arquivista e com as técnicas de enfermagem faziam a triagem.

As visitas domiciliares também ocorreram semanalmente, de acordo com a necessidade, nelas cadastramos 26 idosos acamados ou que não tinham condições de ir até a unidade se consultar.

Apesar do sucesso na maioria das ações planejados, enfrentamos algumas dificuldades. Na primeira semana, não tínhamos a quantidade das fichas espelho suficientes e precisamos ficar cobrando à diretoria da unidade, entretanto, na outra semana eles já haviam atendido nosso pedido, e já estávamos com todas as fichas impressas. Também enfrentamos a falta da dentista, por quase dois meses, para cumprir nossas atividades de saúde bucal, devido as férias e uma licença médica. Portanto, o atendimento odontológico foi feito em apenas 5 semanas, o que gerou um déficit no cumprimento das metas de saúde bucal.

Esses atendimentos foram realizados depois que passava pela médica e ela via a necessidade da consulta com o dentista, considerando as queixas dos idosos e a última vez que estes tinham ido ao dentista.

A única atividade que estava no cronograma e que ainda não conseguimos realizá-la foi a formação do grupo de idosos semanal. Como nosso maior objetivo era que houvesse, uma ou duas vezes na semana, atividade física (dança, ginástica ou caminhada) na unidade, a fim de promover saúde ao grupo e contribuir para uma melhor qualidade de vida, acabamos nos prendendo a isso e ficamos apenas cobrando da equipe do NASF a presença do educador físico na frequência desejada. Infelizmente, por meio de tantas tarefas atribuídas à equipe não

pensamos nas inúmeras possibilidades de promover saúde na criação do grupo de idosos. Esta foi uma limitação da equipe.

Contudo, percebemos a importância de unificar o atendimento aos idosos, visto que é uma população muitas vezes esquecidas pelos gestores e ao mesmo tempo tão propícia a doenças. Na unidade eles não tinham nenhuma atividade específica, e com o projeto passaram a ter avaliação da saúde, orientações sobre alimentação e higiene, além de ter os exames em dia. Precisamos lutar por mais comprometimento dos gestores, para melhores investimentos em medicamentos, atividade física, ressocialização, auxílios de assistência social.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Em toda a minha graduação, aulas práticas, estágios e internato, atuei no SUS. A atenção básica foi o encanto do início do curso, onde tinha muitas aulas práticas e aprendia um pouco do Sistema Único de Saúde e da profissão médica. Quando passei a conhecer um pouco da sua legislação e da saúde pública em si, comecei a desacreditar no sistema pela sua contradição com a realidade que encontramos. Este sentimento foi maior em relação à atenção básica pois passei a enxergar muito os seus defeitos - gestores de cargo comissionado que não sabiam conduzir uma unidade básica, falta de estrutura e a grande demanda.

No entanto, eu sabia que este seria meu primeiro emprego, e foi. Logo que terminei meu curso de graduação fui trabalhar em uma unidade básica de saúde. Nela tive a oportunidade de organizar o serviço e prestar assistência a uma população muito necessitada o que me fez pensar diferente e gostar mais da atenção básica. Diante disso, quando começaram as inscrições do PROVAB não hesitei em fazer. Fiquei muito feliz com a minha convocação e principalmente com mais uma experiência que ia ter, mas confesso que não acreditava muito no aprendizado por meio do curso de especialização a distância.

Para a minha surpresa, muito boa, por sinal, ao abrir o “Guia do especializando” e o “Projeto pedagógico”, bem como os vídeos e orientações, me deparei com um curso muito organizado, interessante, cheio de desafios e rico em conhecimento, o qual, com certeza, mudou muito minha concepção em relação à Estratégia de Saúde da Família e de como devemos atuar profissionalmente para melhorar o serviço e a saúde das pessoas.

Escolher uma parte da população para aplicar a intervenção, trabalhando com ela de forma mais intensa, foi muito desafiador. Isto porque precisávamos prestar a mesma assistência as demais partes da população, normalmente, e além disso, toda a equipe deveria estar envolvida. Um grande êxito, sem dúvida foi poder contar com todos os profissionais da unidade, o que facilitou muito o desenvolvimento do projeto.

Contudo, meu aprendizado maior em relação à assistência prestada aos idosos, foi estudar mais sobre a saúde dos idosos e perceber o quanto, nós profissionais, precisamos atentar mais para suas necessidades e mudanças.

Hoje tenho um carinho muito grande pelos idosos e penso em lutar por uma integralidade na assistência dessas pessoas. Eles precisam da promoção, prevenção e reabilitação preconizadas pelo SUS, mais do que isso, precisam de uma assistência social, familiar, financeira, de amor, de compreensão, de profissionais que os acolham e te passem segurança.

Penso que seria interessante se fosse implantado uma rede de atenção à saúde do idoso também, com vários setores interligados, inclusive as Instituições de Longa Permanência para Idosos, dando todo o suporte que precisam e merecem.

Por fim, estou muito feliz por todo o aprendizado que obtive ao longo da especialização, deixando registrado que o curso superou todas as minhas expectativas, apesar de algumas dificuldades que encontrei no meio do caminho para realizar as atividades, valeu muito a pena.

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento: Série Pactos pela Saúde.** Brasília, DF, 2010.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

Anexos

Anexo 3 – Planilha de coleta de Dados de Saúde Bucal dos Idosos

Indicadores de Saúde Bucal do Idoso - Mês 1										
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso realizou primeira consulta odontológica programática?	O idoso está com necessidade de tratamento odontológico?	O idoso está com tratamento odontológico concluído?	O idoso foi avaliado quanto a alterações de mucosa?	O idoso está acamado ou com problema de locomoção?	O idoso acamado ou com problema de locomoção recebeu visita domiciliar do dentista?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de prótese?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									

Indicadores de Saúde Bucal do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso faltou à primeira consulta odontológica programática?	O idoso que faltou à primeira consulta odontológica programática foi buscado?	O idoso faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	O idoso que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscado?	O idoso está com seu registro específico atualizado?	O idoso recebeu a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	688								

Indicadores de Saúde Bucal do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso recebeu avaliação de risco em saúde bucal?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis?	O idoso recebeu orientação para a prática regular de atividade física?	O idoso recebeu orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal?	O idoso recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	688						


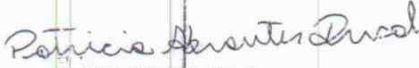
Anexo 4 – Planilha de Coleta de Dados de Saúde do Idoso

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						

Anexo 5 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
