

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Cidade Nova, no
município de Natal-RN**

Renato Penhafiel

Pelotas, 2015

Renato Penhafiel

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Cidade Nova, no
município de Natal-RN**

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

Orientador: Sabyne Pedreira Ribeiro

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P399m Penhafiel, Renato

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Cidade Nova, no Município de Natal-RN / Renato Penhafiel; Saby Pedreira Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Ribeiro, Saby Pedreira,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

PENHAFIEL, Renato. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Cidade Nova, no município de Natal-RN.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O mundo está envelhecendo rapidamente e, em consequência disso, faz-se necessário definir estratégias para um acesso integral, equitativo, resolutivo e um atendimento humanizado e de qualidade para essa população. A escolha do foco de intervenção teve como base a Análise Situacional na UBS/ESF Cidade Nova, em Natal-RN, que permitiu identificar que a atenção às pessoas idosas necessitava de melhorias, sendo assim, planejou-se uma intervenção com duração de 15 semanas e fundamentada no protocolo do Ministério da Saúde (MS) intermediada pelos instrumentos do curso como ficha espelho e planilha de coleta de dados. Na pré-intervenção, segundo o Caderno de Ação Programática (CAP) havia 410 idosos, sendo que, 150 (37%) estavam cadastrados na UBS. Na pós-intervenção, aumentou-se a cobertura para 295 idosos (72%), não se atingindo, assim, a meta de 90%. Dentre as ações que atingiram 100% de qualidade destacam-se avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, visita domiciliar a usuários acamados ou com problemas de locomoção, verificação de pressão arterial na última consulta, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa a idosos faltosos a consulta, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação para fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos saudáveis e prática regular de atividade física e orientação sobre higiene bucal e tabagismo. Nesse sentido, verificou-se a reorganização da atenção à pessoa idosa na UBS/ESF Cidade Nova que também estimulou o trabalho multidisciplinar, a capacitação de todos os integrantes da equipe a participação ativa da comunidade e dos líderes comunitários na tomada de decisões.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Proporção de idosos cadastrado na ação programática da UBS/ESF Cidade Nova, em Natal/RN	46
Figura 2	Gráfico Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	47
Figura 3	Gráfico da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	48
Figura 4	Gráfico da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	49
Figura 5	Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	50
Figura 6	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	51
Figura 7	Gráfico da Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	52
Figura 8	Gráfico da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ELAM	Escola Latinoamericana de Medicina
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
(IDH-M)	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberto do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	7
1 Análise Situacional.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	8
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	13
2 Análise Estratégica	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e metas.....	16
2.2.1 Objetivo geral.....	16
2.2.2 Objetivos específicos e metas	16
2.3 Metodologia.....	18
2.3.1 DETALHAMENTO das ações	18
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	35
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da intervenção para gestores	62
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
Referências	69
Anexos	70

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção, realizada durante 15 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Cidade Nova, no município de Natal-RN.

O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado no Protocolo Caderno da Atenção Básica nº 19 sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (MS) do ano 2007. Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos. O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente. No sétimo capítulo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância. Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. Boa leitura!

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médico oriundo de São Paulo/SP, me formei na Escola Latinoamericana de Medicina (ELAM) em Cuba e atualmente integro o Programa Mais Médicos do Governo Federal, porque foi a oportunidade que tive para poder trabalhar no meu País e aplicar a medicina que aprendi na ELAM, uma medicina humanitária, que é voltada à prevenção e promoção de saúde.

As minhas atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cidade Nova, a qual funciona no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no bairro de Cidade Nova – Natal/RN, foram iniciadas em novembro de 2013. A unidade funciona em uma antiga UBS mista do município, adaptada para ser uma unidade de saúde da família, localizado na zona urbana, na periferia de Natal. Porém, ainda não efetivou o seu funcionamento para o modelo da ESF. Estou bastante desmotivado com o trabalho, pois não tenho equipe, falta enfermeira, técnico de enfermagem, agentes de saúde e dentista. Também não tenho área delimitada, a unidade só atende demanda espontânea, recebendo pessoas até da zona sul de natal para se consultar.

Hoje questionei ao administrador da UBS sobre a área que abrange de nosso atendimento e ele me falou que não temos área, mais atendemos cerca de 32 mil famílias (zona norte de NATAL em peso), o que fica impossível efetivar o modelo da ESF. Atendo cerca de 30 usuários diariamente, enquanto os médicos concursados e cooperados trabalham 3 dias na semana e atendem 20 usuários por dia.

Sobre a estrutura da minha UBS, está digna de ser fechada, não há iluminação nos corredores, os quais ficam bastante escuros. Não tem ventilação suficiente e as janelas ficam fechadas com placas de madeira, pois vândalos que entraram na unidade à noite na semana passada destruíram todas as janelas de vidros e as portas. Os móveis são precários, mesas enferrujadas, cadeiras quebradas, macas que são de ferro, todas rasgadas com lençóis sujos. Metade da unidade está interditada com perigo de desabamento, pois o teto que é de gesso desabou há 2 anos e até agora não arrumaram.

Apesar de todos os problemas com a infraestrutura a população se sente satisfeita, mesmo sem ter nada, pois a falta de material impossibilita o nosso trabalho. Não podemos drenar um abscesso, retirar um nevo ou um lipoma, pois não existe o material necessário. O único material que temos é folha de encaminhamento e receituário, que está começando a faltar também. Hoje tive que fazer um toque vaginal numa maca comum e com luvas compradas por mim. Não existe maca ginecológica, balança, seringas, agulhas, luvas, nem medicamento para HAS ou DM. Só temos Dipirona em gotas e Albendazol, quando não está em falta.

O distrito prometeu uma reforma, mais até agora não foi feita e não vejo nem cogitação de reforma. Por tudo isso, a desmotivação para o trabalho é grande, tanto minha quando os outros 3 companheiros. Preocupa-me o início desse curso, pois logo resultados serão cobrados sobre a intervenção na comunidade e não sei como darei respostas contando com essas péssimas condições de trabalho. Agora vem a pergunta: como o projeto permitiu que nos colocassem aqui e onde está a verba que o governo federal envia ao município para a manutenção da unidade por profissional do Mais Médicos? Espero que a reforma seja feita o mais rápido possível e que as equipes sejam formadas, pois a população não merece ser tratada nestas condições.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Natal é um município brasileiro, capital do estado do Rio Grande do Norte com uma área de 167,263 km². De acordo com a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, sua população é de 853 929 habitantes, sendo 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino. Em 2010, 88,2% da população vivia acima da linha de pobreza, 7,57% entre as linhas de indigência e pobreza e 4,23% abaixo da linha de indigência. No mesmo ano, o valor do índice de Gini era de 0,61 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) do município era de 0,763, considerado alto. A cidade é conhecida mundialmente e conta com importantes monumentos, parques e museus e pontos turísticos. O clima de Natal é o tropical chuvoso quente com verão seco, com temperatura média anual de 26 °C.

Legitimado na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) traduz-se no "conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e

indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Pode contar ainda com as instituições privadas, complementando os serviços de saúde insuficientes ou inexistentes. Esse conjunto de ações e serviços de saúde funciona integrado numa rede regionalizada e hierarquizada, num sistema único e organizado por diretrizes que se dividem em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular).

Natal conta com 60 Unidades Básicas de Saúde, 1 posto de saúde, 5 Policlínicas, 9 Clínicas especializadas, 5 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Clínicas Especializadas em Odontologia (CEO), 1 Centro de Referência de Atenção ao Idoso, 1 Centro de Referência em Saúde do trabalhador, 2 Unidades Mistas/Maternidade, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 35 Unidades de Saúde da Família, 1 Hospital Geral, 2 Hospitais Federais, 6 Hospitais estaduais, 1 Hospital municipal e 3 Hospitais Filantrópicos. A Unidade Básica de Saúde em que estou trabalhando é na zona oeste de Natal no bairro Cidade Nova pertencente a zona urbana; é vinculada ao Ministério da Saúde e ao SUS.

A USF Cidade Nova, na qual trabalho, oferece atendimento básico a todos os usuários que procuram o serviço com consultas agendadas e demanda espontânea e está passando por uma transição de Unidade Básica de Saúde para Unidade de Saúde da Família. A USF conta com 4 equipes de Estratégia Saúde da Família. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 odontólogo, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem 1 técnico de saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde. O atendimento odontológico dos usuários das quatro equipes acontece na USF do bairro Cidade Esperança pois nossa unidade ainda não está equipada com consultórios odontológicos por isso os quatro odontólogos atendem em outra unidade vizinha.

A USF Cidade Nova foi contemplada com a reforma, pois o seu espaço físico está totalmente deteriorado e incapaz de oferecer boas condições aos usuários e aos trabalhadores, pondo em risco a vida dos mesmos com risco de desabamento. Atualmente entendemos em salas que não são adequadas e que não oferecem nenhum conforto e segurança aos cidadãos, onde na mesma sala se atende um idoso com tuberculose para coleta de baciloscopia, uma criança para a consulta de Saúde da Criança e uma mulher grávida para o pré-natal. Também não contamos com materiais básicos para o atendimento como esfigmomanômetro e estetoscópio,

não temos glicosímetro e muito menos testes rápidos para detectar doenças ou gravidez, entre outros materiais necessários para a realização de consultas pré-natal e de Saúde da Criança, também não possui medicamentos básicos para atendimentos de urgência.

A USF não conta com local destinado ao acolhimento ao idoso. Não possui sala de curativos, consultório odontológico, (como foi citado acima, o consultório do dentista funciona na USF Cidade Esperança) sala de espera adequada entre outras limitações, prejudicando e dificultando a atenção integral ao idoso. A equipe de trabalho busca alternativas para melhorar o atendimento ao público colocando materiais próprios para a realização do atendimento e comprando materiais para procedimentos como luvas, depressores de língua, etc. Às vezes faltam água e luz na unidade, dificultando ainda mais o atendimento.

O bairro de Cidade Nova conta com uma população de aproximadamente de 17.600 habitantes e como a UBS está em transição os usuários ainda estão sendo cadastrados de acordo com os princípios e objetivos do nosso SUS. Recentemente foi definido o território de cada equipe e a minha equipe, que ainda está incompleta, contando apenas com médico, técnica de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde, possui uma população de 3.792 pessoas, as quais ainda estamos fazendo o cadastro por famílias.

As consultas de Saúde da Criança e pré-natal e puerpério são realizadas por duas enfermeiras, uma que atende crianças de 0 a 12 meses e a outra que atende as gestantes e puérperas, a qual também realiza coleta do citopatológico de colo de útero para a prevenção do câncer cérvico uterino. Estes programas são atendidos exclusivamente por estas enfermeiras, não havendo participação do médico que atende exclusivamente a demanda espontânea que é imensa. As consultas adotam protocolos do Ministério da Saúde, na medida do possível, mais considero inadequada por não haver envolvimento do médico.

As consultas às crianças são agendadas de forma programada pela própria enfermeiras, mas não há um registro organizado, tendo em vista a falta de ficha de atendimento específica e, muitas vezes, do próprio prontuário. É estimado para nossa área de abrangência, de acordo com o CAP, 55 crianças, sendo atendidas atualmente pela enfermeira da unidade 55 (90%). Mas vale ressaltar que não sabemos de quais áreas são estas crianças, portanto, estes dados não são reais. De acordo com os registros disponíveis dessa enfermeira, todas essas crianças foram

atendidas em até 7 dias, estão com o teste do pezinho, a triagem auditiva e as vacinas em dia. Mas não posso dizer se esses dados são confiáveis.

As consultas às gestantes e puérperas são agendadas e realizadas pela outra enfermeira, mas não há um registro organizado, tendo em vista a falta de ficha de atendimento específica e, muitas vezes, do próprio prontuário. É estimado para nossa área de abrangência, de acordo com o CAP, 56 gestantes e puérperas, e atualmente a enfermeira da UBS atende apenas 28 (49%) gestantes e 23 (42%) puérperas, sendo que não se sabe de quais áreas. Portanto, também não são dados reais.

São estimados para nossa área 952 mulheres entre 25 e 64 anos para o controle do câncer de colo e útero e 284 mulheres entre 50 e 69 anos. Porém, como foi dito, a prevenção do câncer de colo de útero é feito pela enfermeira, não sendo possível estabelecer o quantitativo da minha área de abrangência. Quanto à prevenção do câncer de mama, é feito por mim mesmo, sendo que atualmente posso dizer que os dados que tenho sobre o número de mulheres com a mamografia em dia não são confiáveis, já que não há arquivamento dos prontuários.

O atendimento de diabéticos e hipertensos e a atenção a pessoas idosas eu mesmo que realizo as consultas, seguindo protocolos do Ministério da Saúde (MS). O problema é que não tenho como registrar a informação e nem separar os grupos, pois a unidade não conta com arquivo organizado e como disse anteriormente, a cada atendimento é um novo prontuário, que não é padronizado e feito com folha de papel sulfite branco somente com o nome do idoso. É estimado para minha área de abrangência 786 hipertensos, 225 diabéticos e 410 pessoas acima de 60 anos. Pelos dados que consegui obter nos prontuários existentes na unidade, temos que 150 (37%) idosos foram atendidos ao menos uma vez por mim.

Nenhuma das ações são estruturadas de forma programática, como disse anteriormente, atendo somente à demanda espontânea e algumas consultas agendadas para renovação de receitas e, em cada consulta, informo ao idoso quando deve retornar e quando deve fazer os exames de rotina, etc. Registro toda a informação no prontuário que não é padronizado e na maioria das vezes esse prontuário se perde no meio do arquivo desorganizado e quando o idoso retorna tenho que perguntar tudo outra vez e refazer o trabalho em dobro, atrasando o atendimento.

Por toda essa falta de organização e até ausência dos registros é que não foi possível preencher o Caderno de Ações Programáticas (CAP) do curso para conhecer como se desempenham os indicadores de cobertura e de qualidade. Ainda estamos em processo de cadastramento da população de cada equipe, já que apenas recentemente foi definido o território de cada uma. Dessa forma, há necessidade de organizar e estruturar todas as ações programáticas de forma a atender ao modelo da ESF e ao que é preconizado pelo MS para atenção a cada grupo populacional.

Finalizando, considero os maiores desafios, a falta de estrutura da unidade, isso engloba todos os aspectos já citados anteriormente. Os melhores recursos que a UBS apresenta são o programa nacional de imunização e a vacinação de animais, que são departamentos organizados e que não dependem do arquivo e materiais, ainda que a queda frequente de energia comprometa as vacinas que precisam de refrigeração.

Em relação ao texto escrito na segunda semana de ambientação sobre a situação da UBS, comento que quase nada mudou, naquela época eu não tinha equipe e agora conto com 4 agentes comunitários e uma técnica de enfermagem. Também não tinha área delimitada e agora tenho uma área com 3.792 pessoas e estamos fazendo o cadastro destas famílias.

Apesar de todas as dificuldades, não perco a esperança de que um dia a UBS Cidade Nova possa ser uma unidade de saúde da família conceituada e com estrutura para atender a todos os usuários de forma organizada e de qualidade.

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

O texto inicial abrangendo a ESF/UBS foi muito sucinto e superficial na análise da situação, uma vez que, a unidade de atendimento funcionava em local adaptado sendo em seguida transformada em ESF. Ao comparar com o relatório da análise situacional, observa-se que o texto é mais descritivo e mais amplo, ou seja, maior DETALHAMENTO da sua estrutura e funcionamento.

No decorrer da unidade, com o preenchimento dos questionários, desde o de engajamento até os cadernos de ações programáticas, pude ampliar a minha visão da unidade. Qual o trabalho que realizamos e qual seria o funcionamento ou

atendimento ideal. Foi possível qualificar e quantificar o que pode ser melhorado imediatamente, o que levará mais tempo, em pequeno e/ou médio prazo, e que depende de ações mais amplas, da gestão e do tempo (longo prazo).

Também estou mais motivado. Quero uma UBS/ESF mais atuante e que possa fazer mais pela população. Quero os usuários mais participativos, pois assim poderemos construir com o apoio da equipe uma unidade melhor.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática típica de Atenção Primária à Saúde que será foco de minha intervenção é a Saúde da Pessoa Idosa. Essa decisão ocorreu logo após conversar com a equipe e, ao examinar a situação dessa ação, escolhemos focar na saúde do idoso porque os programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional.

Do ponto de vista gerontológico, o tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, para o que a garantia de condições de vida e de políticas sociais seja uma prerrogativa. A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980 (ASSIS, et al, 2004).

A Unidade de Saúde da Família de Cidade Nova, situada em zona urbana de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Atualmente oferece atendimento em salas que não são adequadas e que não oferecem nenhum conforto aos cidadãos, também não conta com materiais básicos para o atendimento e não possui medicamentos básicos para atendimentos de urgência. A UBS não conta com local destinado ao acolhimento ao idoso, nem sala de curativos, consultório odontológico e sala de espera adequada entre outras limitações. A UBS conta com 4 equipes de trabalho que são compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Na minha equipe falta a enfermeira.

O bairro conta com uma população de aproximadamente de 17.500 habitantes e como a UBS está em transição os usuários ainda estão sendo cadastrados. Estima-se que cada equipe tenha uma população e 3.500 pessoas com um numero estimado de 410 pessoas maiores de 60 anos que são a população alvo do projeto de intervenção. Atualmente a UBS atende a 37% (150 idosos) desta população e com o projeto de intervenção esperamos alcançar a meta de 90%.

A qualidade do atendimento ainda é precária devido à falta de materiais e infraestrutura, mais estamos trabalhando para atender com a máxima qualidade quando se trata de prevenção, com orientações a todos os grupos durante a consulta, especialmente com o tema da saúde da pessoa idosa, desenvolvendo ações de saúde como controle de doenças crônicas como DM e HAS, PNI, orientações gerais sobre a importância de combate ao sedentarismo, adesão aos tratamentos de diversas enfermidades e ao comparecimento das consultas regulares.

Para tanto, a equipe está comprometida na ação, onde cada personagem terá seu papel fundamental na implantação e continuidade da intervenção. O aspecto que viabiliza a implantação da intervenção é o comprometimento e união da equipe de melhorar a saúde do idoso na área de atuação da ESF. A intervenção vai melhorar em muito a saúde da população idosa da área, pois a equipe terá acesso à informação das doenças comuns dos moradores da área, podendo assim intervir no processo saúde-enfermidade da população idosa, melhorando assim os indicadores de saúde da região.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na USF Cidade Nova, no município de Natal-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Cidade Nova, no município de Natal-RN. Participarão da intervenção 410 idosos.

2.3.1 DETALHAMENTO das ações

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

DETALHAMENTO: o monitoramento da cobertura será avaliado durante reunião de equipe junto aos ACS, identificando os idosos que não são atendidos no serviço e os idosos faltantes nas consultas periódicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

DETALHAMENTO: O acolhimento ao idoso será feito por qualquer membro da equipe de forma a dar atenção a todos os idosos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos idosos.

Realizar busca ativa constante por toda a equipe, identificando e cadastrando os idosos no programa (exemplos: idoso residente na área que veio acompanhar a familiar à consulta; idoso que busca a unidade para qualquer tipo de atendimento; idoso identificado em ações de prevenção comunitária etc.)

Será orientado aos ACS da ESF o cadastramento e atualização das fichas de cadastramento e acompanhamento, estas serão repassadas semanalmente ao digitador da USF para que este insira os dados recolhidos no SIAB que na USF de Cidade Nova é informatizado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

DETALHAMENTO:

As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para reforçar a importância das consultas periódicas e a existência do Programa de Atenção ao Idoso. A ação também receberá ênfase durante os grupos do HIPERDIA realizados na unidade (grupo que ainda não foi criado)

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção.

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

AÇÕES

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.
- Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

DETALHAMENTO: A Avaliação Multidimensional Rápida será realizada a 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência e será aplicada por todos os membros da ESF onde cada profissional terá seu papel na avaliação. A realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será feita durante a consulta médica. O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados serão monitorados pela enfermeira e pelo médico e serão usados protocolos adotado na unidade de saúde. A monitorização dos idosos acamados ou com problemas de locomoção será realizada pelo ACS que por sua vez avisará o restante da equipe sobre as necessidades destes idosos. Todos os idosos cadastrados na unidade serão submetidos a rastreamento periódico anual para HAS e DM, seja durante a consulta ou durante a visita domiciliar. Como a nossa unidade não possui consultório odontológico, os

idosos cadastrados na intervenção serão encaminhados para o odontólogo da equipe que está atuando na unidade do bairro Esperança.

A avaliação e monitoramento serão realizados durante a reunião de equipe onde o odontólogo trará as fichas de contra referência para que sejam anexadas as fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).
- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

DETALHAMENTO: Garantir a junto ao Distrito de Saúde e a SMS a qualidade dos recursos (calibrar as balanças, pilhas para otoscópio, etc.) que já estão disponíveis na USF e solicitar os que faltam na USF (antropômetro, Tabela de

Snellen). Cada membro da equipe terá papel fundamental no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo que a Enfermeira e a Técnica de enfermagem serão as responsáveis pelo exame clínico inicial (PA, PESO, CALCULO DO IMC), os demais aspectos avaliados no exame físico será feito pelo médico. Todos os idosos cadastrados no programa de intervenção receberão exame físico completo seja na USF ou no Domicílio. Os idosos diabéticos e hipertensos terão um dia específicos de consulta semanal e um dia para reunião do HIPERDIA. A agenda será discutida em conjunto com a ESF. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por solicitar exames complementares segundo critério clínico. Em Natal existem três Policlínicas responsáveis por realizar os exames complementários que são solicitados pela unidade que no geral chegam em média de 7 dias dependendo do exame solicitado. Toda a equipe estará alerta quanto aos exames complementares preconizados, sendo que os idosos que não retornarem com resultados serão identificados pelo médico e pela enfermeira e será reservado espaço durante a reunião semanal da equipe para orientar o ACS a visitar o idoso e verificar o porque do atraso. Serão reservados dois períodos (manhã e tarde) em diferentes dias para consulta domiciliar de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, além de outros idosos que seja necessária a visita domiciliar. Os materiais básicos para aferir a PA já se encontra disponível na USF, todos os equipamentos estão calibrados e em perfeito estado, garantindo a qualidade do atendimento. Todos os idosos que sejam portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou as duas condições, que resida na área de abrangência da equipe terá direito a política de portas abertas, onde será realizado atendimento no mesmo dia da procura do serviço.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os idosos as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os idosos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os idosos e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

DETALHAMENTO: As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para reforçar a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Todas as ações serão compartilhadas durante os grupos do HIPERDIA realizados na unidade (grupo que ainda não foi criado), durante a execução da Avaliação Multidimensional Rápida, durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção. Durante as reuniões semanais também serão feitas orientações para o ACS reconhecer e orientar o idoso sobre o cadastramento, idosos acamados ou com problemas de locomoção, casos que precisam de visita domiciliar e para toda a equipe será apresentada a técnica de aferir PA, como usar o hemoglicoteste, e alguns testes aplicados na avaliação multidimensional rápida.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

DETALHAMENTO: O cumprimento e periodicidade das consultas serão monitoradas inicialmente pelo médico e pela enfermeira que identificaram os idosos faltantes e solicitaram ao ACS visita domiciliar a estes idosos para verificar o "porque" das faltas e a necessidade de visita domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

DETALHAMENTO: As visitas domiciliares aos idosos faltantes será inicialmente feita pelo ACS que identificará a necessidade de visita domiciliar realizada pelo médico e pela enfermeira. O agendamento da consulta será adequado de acordo à necessidade dos idosos e disponibilidade médica encontrando um equilíbrio entre ambos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO: As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para reforçar a importância das consultas periódicas. A ação também receberá ênfase durante os grupos do HIPERDIA realizados na unidade (grupo que ainda não foi criado)

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos

temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção. Para definir a periodicidade das consultas serão utilizados critérios adotados nos CAB.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.
- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DETALHAMENTO: O monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS será avaliado pelo médico e pela enfermeira que serão os responsáveis pelo preenchimento do prontuário e da ficha espelho. Os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa terão avaliação contínua, pois, serão feitos por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.
- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DETALHAMENTO: As informações do SIAB serão repassadas ao digitador da USF que atualizará semanalmente os dados. A planilha/registro específico de acompanhamento de atendimento aos idosos será implantada junto com a intervenção. Toda a equipe será responsável pelo registro das informações. Os responsáveis pela monitorização dos registros serão o médico e a enfermeira. Os registros serão arquivados por " data da próxima consulta" reconhecendo assim os

idosos faltantes e nesses registros estarão registrados dados sobre a Avaliação Multidimensional Rápida e os demais procedimentos preconizados. A caderneta de saúde da pessoa idosa já se encontra na USF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

DETALHAMENTO: As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para orientar os idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Todos os participantes das reuniões serão orientados sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

- Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

DETALHAMENTO: Todos os idosos da área receberão avaliação de risco e os idosos com maior risco de morbimortalidade, frágeis e com rede social deficiente da área serão identificados e serão acompanhados pela equipe cumprindo o princípio da Equidade no SUS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos idosos de maior risco de morbimortalidade.
- Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.
- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

DETALHAMENTO: Para os idosos fragilizados, com maior risco de morbimortalidade e com rede social deficiente, será utilizada a "política de portas abertas" onde serão atendidos no mesmo turno de consulta ou receberão visitas domiciliares agendadas com antecedência conforme suas necessidades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

DETALHAMENTO: As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para orientar os idosos a respeito do seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, acompanhamento mais frequente para os idosos fragilizados, sobre como

acessar o atendimento prioritário na USF e será estimulada a promoção da socialização da pessoa idosa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

DETALHAMENTO: As ações de monitoramento serão executadas durante as consultas médicas, Avaliação Multidimensional Rápida e visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

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

DETALHAMENTO: Os idosos receberão orientação sobre nutrição atividade físicas regulares, contínua por toda a equipe, ou seja, pelo médico que fará a consulta, pela enfermeira e téc. de enfermagem que farão a avaliação multidimensional rápida e pelo ACS que irá visitar o idoso conforme sua necessidade. Já existe no município um projeto que incentiva a atividade física regular onde foram construídas "academias populares" em parque e avenidas e que recebem manutenção contínua pelo município. As consultas terão o tempo necessário para atender e orientar conforme a necessidade do idoso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

DETALHAMENTO: As ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto com a Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões para orientar a comunidade, os idosos e seus cuidadores sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas regulares e higiene bucal e próteses dentárias.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

DETALHAMENTO: Ações de qualificação serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

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 a área de abrangência da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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.

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

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.

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.

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

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Pessoa Idosa vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007). Utilizaremos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a ficha espelho (ANEXO C) disponibilizada pelo curso, que já foram impressas pelo gestor e estão disponíveis no município, já que não dispomos no município de ficha espelho para a coleta de todas as informações sobre acompanhamento do idoso. Estimamos alcançar com a intervenção 410 Idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de ficha espelho excedente.

Como ainda não temos todos os registros das pessoas idosas da área, o médico identificará os idosos da área durante a consulta e encaminhará os mesmos para a enfermeira fazer o cadastro dos mesmos, essa é uma das maneiras de identificar e aumentar o número de idosos cadastrados na UBS e conseqüentemente na intervenção. Paralelamente, os ACS identificarão e cadastrarão os idosos da área e os mesmos serão inseridos no projeto de intervenção. Já que a unidade não conta com arquivo organizado, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as pessoas com mais de 60 anos que vieram ao serviço para consultar-se nos últimos 3 meses e identificará os que residem na área de abrangência da ESF. A profissional localizará os prontuários destas pessoas e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e orientará os ACSs a fazerem visita domiciliar para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B). O monitoramento da cobertura será feito pelo médico e pela enfermeira e será avaliado durante reunião de equipe junto aos ACSs e técnica de enfermagem, identificando os idosos que não são atendidos no serviço e os idosos faltantes nas consultas periódicas. A captação dos idosos será constante por toda a equipe, identificando e cadastrando os idosos no programa (exemplos: idoso residente na área que veio acompanhar a familiar à consulta; idoso que busca a unidade para qualquer tipo de atendimento; idoso identificado em ações de prevenção comunitária etc.). Os ACS da ESF farão o cadastramento e atualização das fichas de cadastramento e acompanhamento, estas serão repassadas semanalmente ao digitador da USF para que este insira os dados recolhidos no SIAB que na USF de Cidade Nova é informatizado.

O acolhimento ao idoso será feito por qualquer membro da equipe de forma a dar atenção a todos os idosos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos idosos.

A Avaliação Multidimensional Rápida será realizada a 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência e será aplicada por todos os membros da

equipe, onde cada profissional terá seu papel na avaliação. As atribuições de cada profissional serão divididas da seguinte maneira:

PROFISSIONAL	ÁREA AVALIADA	FUNÇÃO
ACS	Domicílio, queda e suporte social	Identificar, orientar idoso e informar a equipe.
ENFERMEIRA/ TÉC. ENFERMAGEM	Nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória.	Registrar os resultados na ficha espelho, em caso de resposta negativa, aplicar testes de: visão, depressão/humor, cognição e memória conforme protocolos do CAB 19.
MÉDICO	Avaliar as funções dos MMSS e MMII e todas as áreas já aplicadas pelos membros da equipe (ACS, enfermagem).	Realizar todos os testes que não foram efetuados pela enfermeira e técnica de enfermagem e tratar/encaminhar os problemas identificados, evitando assim situações de incapacidade severa.

A realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será feita durante a consulta médica. Todos os idosos da área receberão avaliação de risco e os idosos com maior risco de morbimortalidade, frágeis e com rede social deficiente da área serão identificados e serão acompanhados pela equipe cumprindo o princípio da Equidade no SUS. Para os idosos fragilizados, com maior risco de morbimortalidade e com rede social deficiente, será utilizada a "política de portas abertas" onde serão atendidos no mesmo turno de consulta ou receberão visitas domiciliares agendadas com antecedência conforme suas necessidades.

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados serão monitorados pela enfermeira e pelo médico e serão usados protocolos adotado na unidade de saúde. A monitorização dos idosos acamados ou com problemas de locomoção será realizada pelo ACS que, por sua vez, avisará o restante da equipe sobre as necessidades de visita destes idosos. Todos os idosos cadastrados na unidade serão submetidos a rastreamento periódico anual para HAS e DM, seja durante a consulta ou durante a visita domiciliar. Todos os idosos cadastrados na unidade serão devidamente encaminhados e orientados a informar ao odontólogo enviar a contra referência para a unidade.

Cada membro da equipe terá papel fundamental no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo que a enfermeira e a técnica de enfermagem serão as responsáveis pelo exame clínico inicial (PA, PESO, CALCULO DO IMC), os demais aspectos avaliados no exame físico serão feito pelo médico. Todos os idosos cadastrados no programa de intervenção receberão exame físico completo. Os idosos diabéticos e hipertensos terão um dia específicos de consulta semanal e um dia para reunião no grupo de educação em saúde. A agenda será discutida em conjunto com a ESF.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis por solicitar exames complementares segundo critério clínico. Em Natal existem três Policlínicas responsáveis por realizar os exames complementários que são solicitados pela unidade que no geral chegam em média de 7 dias, dependendo do exame solicitado. Toda a equipe estará alerta quanto aos exames complementares preconizados, sendo que os idosos que não retornarem com resultados serão identificados pelo médico e pela enfermeira e será reservado espaço durante a reunião semanal da equipe para orientar o ACS a visitar dos idosos e verificar o porque do atraso. Serão reservados dois períodos (manha e tarde) em diferentes dias para consulta domiciliar de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, além de outros idosos que seja necessária a visita domiciliar.

Os materiais básicos para aferir a PA já se encontra disponível na USF, todos os equipamentos estão calibrados e em perfeito estado, garantindo a qualidade do atendimento. Todos os idosos que sejam portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou as duas condições, que residam na área de abrangência da equipe terão direito a política de portas abertas, onde será realizado atendimento no mesmo dia da procura do serviço, estes idosos serão identificados no ato do acolhimento.

O cumprimento e periodicidade das consultas serão monitoradas inicialmente pelo médico e pela enfermeira que diariamente identificarão os idosos faltantes e solicitaram ao ACS visita domiciliar a estes idosos para verificar o "porque" das faltas e a necessidade de visita domiciliar. As visitas domiciliares aos idosos faltantes serão inicialmente feita pelo ACS que identificará a necessidade de visita domiciliar realizada pelo médico e pela enfermeira. O agendamento da consulta será adequado, de acordo com a necessidade dos idosos e disponibilidade médica.

O monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS será avaliado pelo médico e pela enfermeira diariamente que serão os responsáveis pelo preenchimento do prontuário e da ficha espelho. Os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa receberá avaliação contínua, pois será feita por todos os membros da equipe. As informações do SIAB serão repassadas semanalmente ao digitador da unidade que atualizará os dados no sistema.

As ações de promoção e prevenção serão executadas durante as consultas médica. Todos os membros da equipe continuamente estarão promovendo saúde e ensinando medidas de prevenção de doenças. Todas as ações de Engajamento Público serão realizadas em conjunto à Associação de Moradores do Bairro que trimestralmente receberá um membro da ESF em suas reuniões, com os representantes da comunidade, na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento da pessoa idosa na USF. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastro de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, reforçando a importância das consultas periódicas, avaliações e tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, do seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, sobre como acessar o atendimento prioritário na USF e será estimulada a promoção da socialização da pessoa idosa e a existência do Programa de Atenção ao Idoso. As ações também receberam ênfase durante os grupos de educação em saúde com os idosos realizados na unidade (grupo que ainda não foi criado).

Ações de capacitação da ESF serão realizadas diariamente na USF onde será disponibilizada 1 hora ao final do expediente e também durante as reuniões semanais de equipe que terá um espaço de 2 horas para capacitação dos profissionais com temas do CAB-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A dinâmica da capacitação será baseada na leitura de temas do CAB com debates dos temas lidos, onde todos os membros da equipe aportaram sua ideia sobre o tema e de como executar o que foi discutido na intervenção.

3 Relatório da Intervenção

Chegamos ao final da intervenção na ação programática Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Cidade Nova em Natal/RN. A intervenção foi desenvolvida no período de 15 semanas, não coincidindo com o planejado de 16 semanas, pois houve o encurtamento da intervenção determinado pela coordenação do Curso EaD de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. Foi iniciada no dia 06 de Outubro de 2014 e finalizada no dia 06 de Março de 2015. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na ação programática, com aumento da cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade.

Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na USF, buscamos fazer todas as atividades segundo o planejado no cronograma, na logística e na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (HAS-DM), documentos estes elaborados durante a construção do projeto na unidade Análise Estratégica e baseados nos protocolos do MS (Caderno da atenção básica de saúde Nº 19 sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa respectivamente do ano 2007).

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Realizamos na primeira semana a reunião com a equipe de saúde na UBS e com os gestores no município para apresentar o projeto de intervenção, divulgando e sensibilizando os gestores e profissionais da equipe, bem como solicitando o apoio de cada um deles no desenvolvimento da intervenção. Nesta reunião os gestores concordaram em imprimir toda a documentação necessária para o desenvolvimento do projeto e apoiá-lo.

Ainda, definimos o papel de todos os profissionais na ação programática e fizemos a organização de agenda compartilhada com os profissionais da equipe. Dessa forma, o trabalho passou a ser feito de forma sistemática e compartilhada, onde toda a equipe era responsável pela qualidade. O médico era responsável pelo exame físico completo, exame multidimensional rápido e pela revisão periódica dos documentos; os ACS faziam a busca ativa dos faltosos e junto com a enfermeira e

técnica de enfermagem cuidavam do cumprimento das consultas e visitas domiciliares de maneira adequada, avaliação da pressão, mensurações e por fazer o acolhimento com qualidades; a odontóloga e a técnica de saúde bucal de fazer exame bucal, buscando lesões compatíveis com câncer de boca e orientações de como realizar a limpeza das próteses dentárias aos usuários da intervenção; e também contamos com uma assistente social do Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) que ia semanalmente na unidade avaliar a rede social dos idosos da intervenção.

Nesta primeira reunião discutimos também a dificuldade enfrentada pelos usuários na realização dos exames complementares, pois os idosos demoravam muito para receber os resultados e a coleta tinha que ser feita no laboratório. Ao longo da intervenção conseguimos apoio dos gestores para uma solução parcial desse problema que enviou material para que a coleta fosse feita na USF, além de retirar as amostras e entregar os resultados na USF. Agilizando a realização e o recebimento dos resultados, reduzindo os custos com deslocamento e transtornos para a realização desses exames para os usuários. Outras dificuldades que apresentamos logo no início foram a não disponibilidade de fitas do glicômetro para medir a glicemia dos usuários da intervenção e a falta da avaliação odontológica pela equipe de saúde Bucal na UBS. Estas situações foram resolvidas integralmente, realizando a compra do material e a disponibilização da ESB pela secretaria de saúde.

Tivemos disponível na USF a versão atualizada dos protocolos e os gestores fizeram entrega de todos os documentos impressos necessários para trabalhar a intervenção, garantindo assim os registros e organização das ações realizadas.

A ação de capacitar a equipe de saúde foi realizada na primeira semana. Realizamos a capacitação de toda a equipe de saúde com a leitura do texto sobre avaliação multidimensional rápida, sobre exame físico completo no idoso, o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, os temas que foram abordados nos grupos de idosos, como deveria ser o acolhimento e a captação destes idosos na intervenção, o registro na ficha espelho, o preenchimento da planilha de coleta de dados, a busca ativa de idosos faltosos, o fluxo de atendimento, as prioridades, dentre outros temas. As capacitações foram realizadas na USF pelo médico durante a reunião de equipe. Estas capacitações eram sempre reforçadas em todas as reuniões da equipe de saúde, às segundas-feiras, quando

se fazia análise, avaliação e monitoramento da intervenção, não apresentando dificuldades para cumprir esta atividade.

Durante a intervenção realizamos dois contatos com lideranças comunitárias nas comunidades atendidas, falando sobre a importância da intervenção, solicitação de apoio pelas comunidades para captação dos idosos, busca de acamados, orientações sobre barreiras arquitetônicas, fatores de risco e prevenção de doenças na velhice. Solicitamos apoio para informar nas comunidades a existência do programa na unidade de saúde.

Em relação às atividades de promoção e educação em saúde, realizamos três atividades com temas relacionados com a alimentação, prevenção de acidentes e quedas, importância das atividades físicas e riscos do tabagismo com apoio do NASF e a participação das comunidades. Estas atividades foram cumpridas com qualidade. Os usuários e a equipe de saúde ficaram contentes. Neste eixo, segundo o cronograma, planejamos três atividades, pois as comunidades de nossa área de abrangência são distantes e o deslocamento dos usuários dificulta a realização das atividades.

Conseguimos melhorar os acolhimentos dos usuários da intervenção com a incorporação da recepcionista à equipe, a qual fazia um primeiro acolhimento, fazendo a marcação da consulta ou encaminhando o usuário para a avaliação da equipe, em casos de demanda urgente. Não tivemos problemas com excesso de demanda espontânea. Durante os atendimentos clínicos realizados aos usuários, sejam nas consultas ou visitas domiciliares, usamos as fichas e ferramentas fornecidas pelo curso, as quais foram preenchidas com avaliação integral dos usuários, realizando-se as seguintes ações: avaliação multidimensional rápida em dia, exame físico apropriado em dia, identificação dos idosos hipertensos ou diabéticos, prescrição de medicamentos na farmácia popular, verificação da pressão arterial, se o idoso era acamado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação da fragilização da velhice, avaliação da rede social, avaliação de risco da saúde bucal, avaliação da adesão ao programa, preenchimento da ficha espelho e entrega da caderneta da pessoa idosa. Os usuários ficavam contentes com a melhoria nos atendimentos, de maneira mais integral e com maior qualidade. Além disso, todos os usuários receberam orientações gerais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal, assim como sua

importância para sua saúde e diminuir as complicações. Todos os usuários da intervenção já saíram com a próxima consulta agendada.

Durante a intervenção foi realizado o monitoramento dos idosos de nossa área de abrangência nas segundas-feiras à tarde com a equipe de saúde completa, monitorando e avaliando também todas as atividades da intervenção, desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento dos registros e da realização das ações de promoção e educação em saúde. Fez-se análise dos comportamentos dos indicadores de cobertura e de qualidades (adesão, registro, avaliação de risco e promoção da Saúde). Isso porque, dependendo dos resultados alcançados, podíamos conhecer se estavam cumprindo os objetivos propostos e metas a atingir e discutir as mudanças nas estratégias traçadas. Não apresentamos nenhuma dificuldade para o cumprimento dessa atividade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na terceira semana da intervenção, apresentamos dificuldades para realizar a glicemia capilar dos idosos da intervenção, não contávamos com tiras de glicômetro e os ACS se mostraram contra a intervenção, pois diziam não ter tempo para realizar a busca ativa dos idosos. Porém, estes problemas foram sinalizados imediatamente tanto aos gestores no município que solucionaram o problema das tiras de glicosímetro e expliquei sobre a necessidade da intervenção aos ACS que entenderam e começaram a trabalhar na busca destes idosos, sendo resolvidas estas situações. Dessa forma, não tivemos nenhuma ação que deixou de ser desenvolvida, pois as dificuldades foram solucionadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em realidade, nas primeiras semanas, tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de prática dos profissionais, problema que foi resolvido imediatamente. Tivemos problemas com vários indicadores que foram resolvidos no transcurso das semanas da intervenção. Tivemos problemas com a planilha de coleta de dados, pois o gráfico 6.3 não batia com os números registrados na planilha, mais este problema foi resolvido com o apoio da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas à rotina da equipe na UBS, pois aproveitamos todos os cenários das atividades diárias para aplicar o projeto exemplos: captação de idosos; distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação multidimensional rápida, exame físico completo, verificação da PA a todo usuário que buscava a nossa UBS; busca ativa de faltosos à consulta; cadastramento dos usuários; até as atividades de educação em saúde. Além disso, outras equipes das outras UBS que temos no município também se envolveram e buscaram implementar a intervenção em sua área de abrangência. Dessa forma, a equipe de saúde está em função de que o projeto cumpra os objetivos propostos e metas, mesmo com o fim da intervenção. Assim, continuaremos as ações do programa de saúde do idoso com a mesma qualidade.

Os aspectos que devem ser melhorados é que devemos continuar visitando e conversando com os usuários para que visitem com maior frequência a USF e participe mais das atividades de promoção; divulgar mais os medicamentos disponíveis na farmácia popular; criar uma sala ampliada para desenvolver as atividades com os grupos de promoção da saúde, já que esta unidade é muito procurada pelos usuários e poder fazer atividades com boa qualidade. Deve ser melhorado o espaço físico da sala de espera e estrutura da UBS, já que é muito pequena escura e cheia de mofo nas paredes, assim, melhorar o acolhimento dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF Cidade Nova, em Natal/RN com duração de 15 semanas realizada entre fevereiro e maio de 2015. Foram feitos novos cadastros de pessoas que antes não eram acompanhadas pela equipe, aumentando a adesão ao serviço e assim foi possível realizar ações de promoção e prevenção de saúde neste grupo etário, além de acompanhamento contínuo destes idosos que foram devidamente cadastrados na intervenção, melhorando os índices de saúde da população da área da equipe.

Na área adstrita à UBS existe um número estimado pelo CAP de 410 homens e mulheres maiores de 60 anos e, destes, somente 150 (37%) possuíam cadastro na unidade, de acordo com as informações coletadas na Análise Situacional. Devido à falta de cadastro da população, já que nossa unidade estava em processo de transição para o modelo da ESF, um dos principais objetivos da intervenção foi melhorar o registro dos idosos da área de abrangência bem como a realização do acompanhamento de acordo com o protocolo.

O resultado da intervenção será apresentando a seguir a partir da análise de cada um dos indicadores monitorados durante esse período, tomando como base as estimativas geradas pelo CAP. Participaram da intervenção um total de 295 idosos, equivalendo a 72% de pessoas maiores de 60 anos residentes na área da equipe. O período de coleta foi realizado nos meses de fevereiro, março, abril e maio de 2015, que correspondem ao mês 1, mês 2, mês 3 e mês 4, respectivamente.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idosos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

Indicadores 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção tivemos 199 idosos cadastrados na intervenção (49%), no segundo mês, tivemos 255 idosos (62%), no terceiro mês foram cadastrados 273 idosos (67%) e, ao final do quarto mês, tivemos 295 idosos (72%) (Figura 1). Na realidade, tivemos mais de 295 idosos atendidos, mas muitos

destes ficaram sem o registro na ficha espelho devido a grande demanda de atendimentos, o que levou a não contabilização desses idosos na planilha de coleta de dados. Assim, não atingimos a meta de cobertura de 90%. Mas penso também que estabelecemos uma meta alta de mais, tendo em vista que antes da intervenção a cobertura era de apenas 37% e que não havia uma organização e estruturação da ação programática, o que demandaria muito de toda a equipe.

Além disso, acredito que a falta de interesse por parte dos agentes para realizar a captação dos idosos na área da equipe também contribuiu negativamente, pois se houvesse maior envolvimento, acredito que os valores seriam maiores. Mas considero que este foi um bom resultado, tendo em vista que tivemos apenas 15 semanas e muito trabalho a desenvolver para qualificar a ação programática. Graças a capacitação da equipe sobre a importância do acolhimento e da captação dos idosos na área de abrangência, conseguimos alcançar esse número expressivo de idosos cadastrados e acompanhados pela equipe.

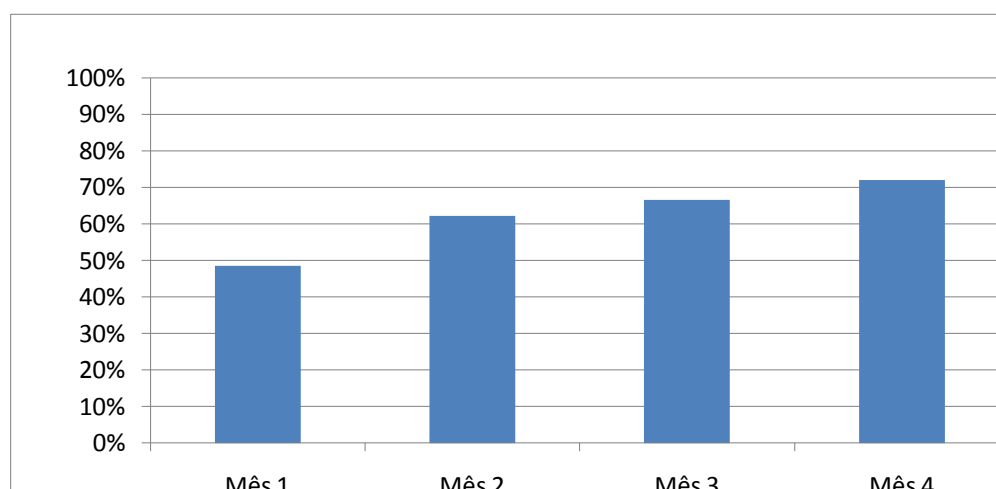


Figura 1- Gráfico da Proporção de idosos cadastrado na ação programática da UBS/ESF Cidade Nova, em Natal/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicadores 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

A intervenção conseguiu abranger 72% (295) da população idosa da área de abrangência da equipe. Sendo que destes, conseguimos aplicar a avaliação multidimensional rápida em todos os idosos cadastrados ao final do quarto mês. No primeiro mês tivemos 196 (99%) idosos cadastrados com avaliação multidimensional rápida em dia. Já a partir do segundo mês conseguimos atingir os 100% de idosos com avaliação multidimensional em dia, seguindo assim até o último mês, sendo 255 idosos no segundo mês, 273 no terceiro mês e 295 ao final do quarto mês, que equivale a 100% (Figura 2). Assim, conseguimos alcançar a meta de 100% ao final da intervenção. O sucesso desta avaliação se deve à capacitação e o trabalho em conjunto da equipe que desenvolveu um papel importante neste objetivo.

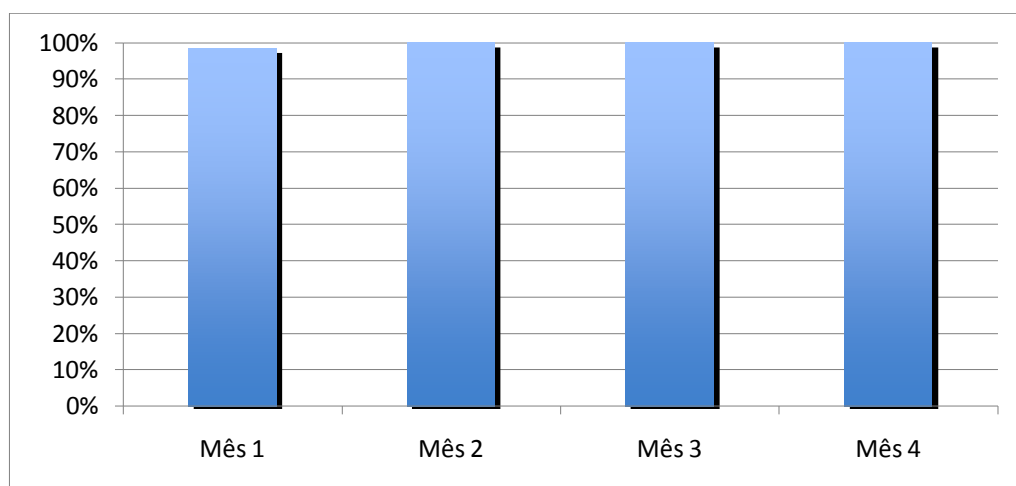


Figura 2- Gráfico da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

Indicadores 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

No primeiro mês da intervenção tivemos 197 (99%) idosos que estavam com exame clínico apropriado em dia, no segundo mês foram 255 idosos (100%), no terceiro mês 258 idosos (95%) e, ao final do quarto mês, tivemos 295 idosos (100%) com exames em dia (Figura 3). Atingimos a meta de 100% devido ao esforço do médico que fez a medida da sensibilidade e exame físico dos pés, da enfermeira e da técnica de enfermagem que antes da avaliação médica, faziam o preparo dos idosos com TA e pulsos tibial posterior e pedioso. Além disso, o uso da ficha espelho como roteiro das consultas contribuiu para que o médico pudesse está atendo aos aspectos da saúde do idoso a serem avaliados, realizando todos os exames

necessários. A capacitação da equipe também contribuiu para que todos estivessem atentos aos aspectos da atenção à saúde do idoso.

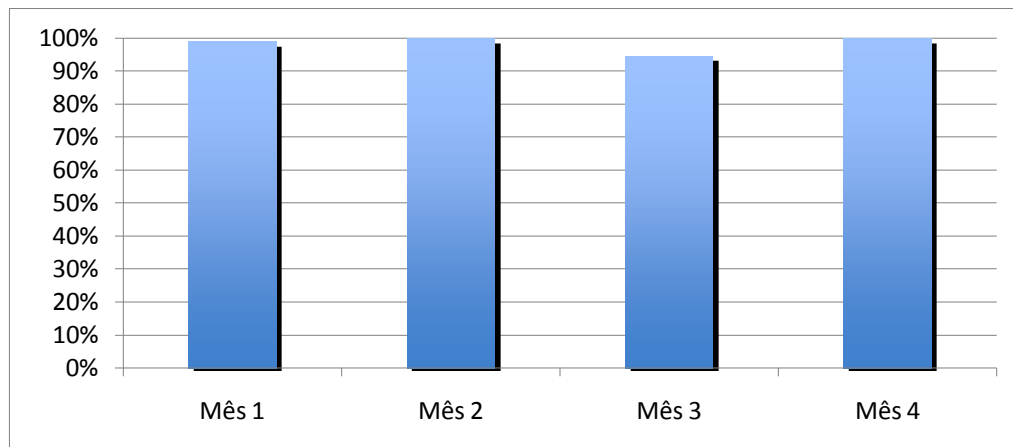


Figura 3- Gráfico da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

No primeiro mês foram identificadas 184 idosos hipertensos e/ou diabéticos e, destes, 183 (99%) tiveram os exames complementares periódicos em dia. Já no segundo mês, 218 usuários foram identificados como portadores destas duas doenças crônicas e todos tiveram seus exames solicitados (100%). No terceiro mês conseguimos identificar 236 idosos e no quarto mês 252 idosos hipertensos e diabéticos, sendo que todos eles tiveram seus exames de rotina solicitados (100%). (Figura 4).

O sucesso deste rastreio se deve principalmente ao técnico de enfermagem e a enfermeira, por fazerem tão bem o preparo do idoso, realizado HGT e aferindo a TA de todos os idosos que compareciam à consulta. Além disso, o uso da ficha espelho como roteiro das consultas contribuiu para que o médico pudesse está atendo aos aspectos da saúde do idoso a serem avaliados, a exemplo da HAS e DM.

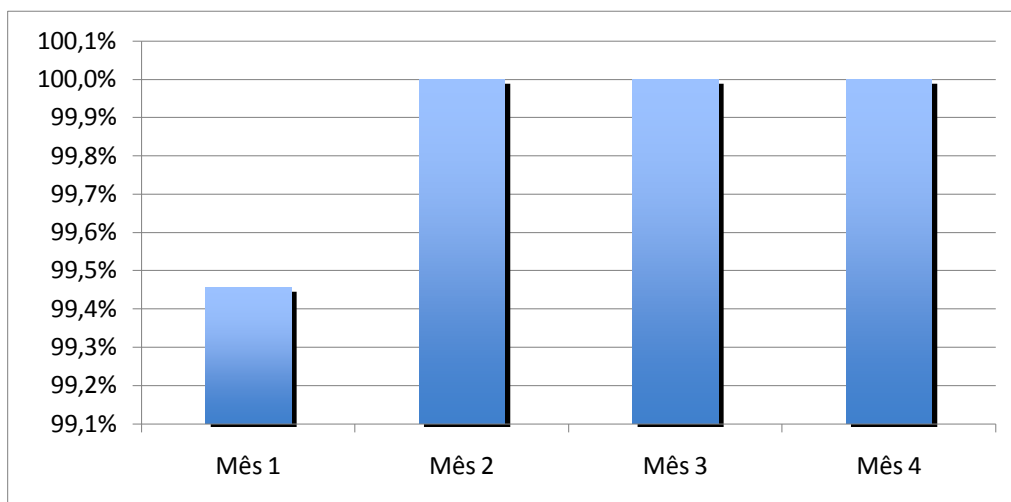


Figura 4- Gráfico da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados

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.

No primeiro mês foram cadastrados 199 idosos no programa e destes, 198 (99%) tiveram seus medicamentos dispensados pela da USF e, quando este medicamento não estava disponível, os usuários eram orientados a comprar seus medicamentos na farmácia popular. No segundo mês cadastramos 255 idosos e todos (100%) tiveram seus medicamentos com prescrição priorizada pela farmácia popular. No terceiro mês tivemos 273 idosos, destes, apenas 230 (84%) tiveram seus medicamentos prescritos com orientação de compra na farmácia popular, pois 43 idosos tiveram sua medicação comprada em outra farmácia por falta de medicamento na farmácia popular. Questionamos a farmácia popular sobre estes idosos e a farmácia respondeu que houve atraso na remessa de Captopril. No quarto mês, cadastramos 295 idosos e todos tiveram seus medicamentos com prescrição priorizada pela farmácia popular (Figura 5). Assim, atingimos a meta de 100% graças ao trabalho do médico que prescreveu e orientou os idosos a se cadastrarem na farmácia popular e retirar grátis alguns medicamentos e comprar com descontos outros.

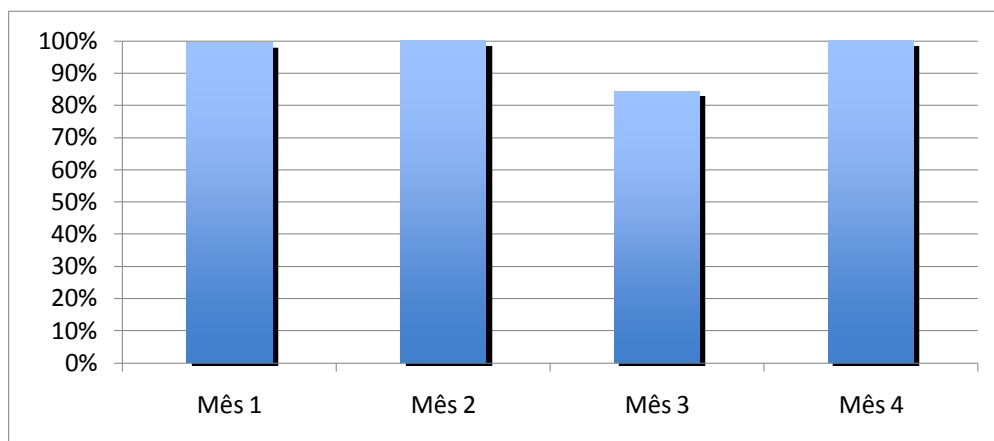


Figura 5-Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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.

Levando em consideração a estimativa de 8% (30 idosos) de acamados em relação com todos os idosos da área, tivemos no primeiro mês um total de 7 idosos acamado (23%), no segundo e terceiro mês tivemos 14 idosos acamados (43%) e no quarto mês foram cadastrados 18 idosos acamadas (60%) (Figura 6). A meta não foi alcançada pela falta de rastreio por parte dos agentes comunitários que disseram não ter tempo de sondar o território completo em busca de novos idosos acamados.

Em parte, penso que eles podem ter razão, uma vez que, não poderia obrigá-los a realizar tal atividade, gerando, por consequência, uma sobrecarga associada às demais ações como cadastro da população no geral e busca ativa de faltosos. Ainda, penso que na minha área de saúde não existam 30 idosos acamados e essa estimativa esteja superestimada.

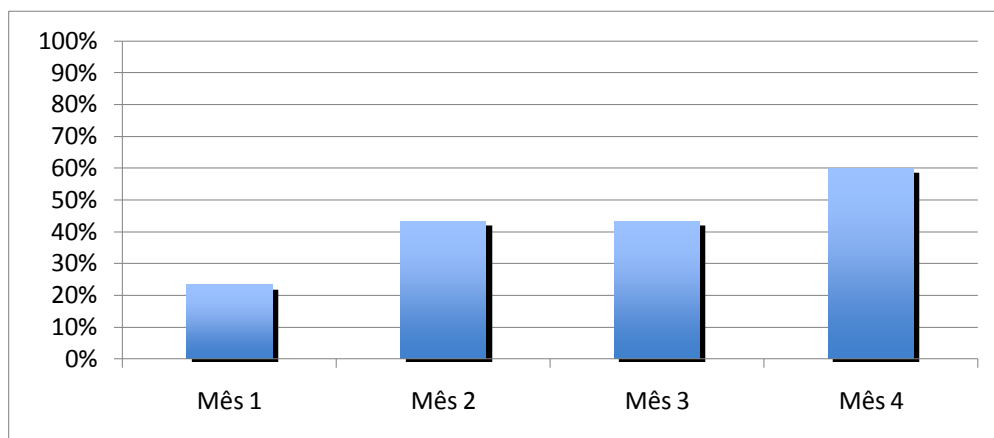


Figura 6- Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

Durante a intervenção cadastramos um total de 18 idosos acamados com problemas de locomoção, e todos eles foram visitados nos 4 meses da intervenção (100%). Essa meta foi alcançada graças ao empenho do médico e enfermeira em programar as visitas dos idosos, a partir das demandas trazidas pelos ACS, priorizando os idosos acamados. Porém, esta foi uma meta difícil de se alcançar, pois, realizamos apenas 6 visitas domiciliares semanalmente, dificultando visitar somente os idosos acamados.

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

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

Durante toda a intervenção, todos os idosos cadastrados e acompanhados tiveram a PA aferida na consulta, totalizando 100% de todos os idosos cadastrados na intervenção. Mais uma vez, este resultado se deve graças à enfermeira e ao técnico de enfermagem, que sempre preparam bem os idosos, aferindo a PA na pré-consulta, bem como a minha avaliação de cada um desses idosos durante as

consultas, diagnosticando a hipertensão arterial. O uso da ficha espelho tem ajudado a guiar as consultas e não esquecer de avaliar nenhum aspecto da consulta.

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.

No primeiro mês de intervenção, tivemos um total de 184 idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, destes, 34 (19%) foram rastreados para diabetes. No segundo mês, foram 210 os idosos com alteração na PA, deste, 60 foram rastreados para diabetes (29%). No terceiro mês, foram 228 os idosos com alteração na pressão, deste, 93 foram rastreados para diabetes (41%). No quarto e último mês, tivemos 238 idosos com a PA alterada, destes 87 foram rastreados para diabetes (37%) (Figura 7).

Vemos claramente a meta não foi atingida. No início da intervenção, fiquei em dúvida em como ia avaliar esta meta, pois a quantidade de fitas para realizar HGT sempre é insuficiente e nem sempre que solicito a glicemia de jejum o idoso retorna com o resultado. Então levei em consideração o que eu tinha em mãos que era o HGT. Atribuo o fracasso deste indicador e o não alcance da meta à falta de fita para realização da glicemia capilar e a dificuldade com a realização do exame laboratorial pelos idosos. Mas fico feliz que ao menos houve um esforço de toda a equipe em buscar atingir esta meta, realizando o HGT em todos os idosos solicitados quando as fitas estavam disponíveis.

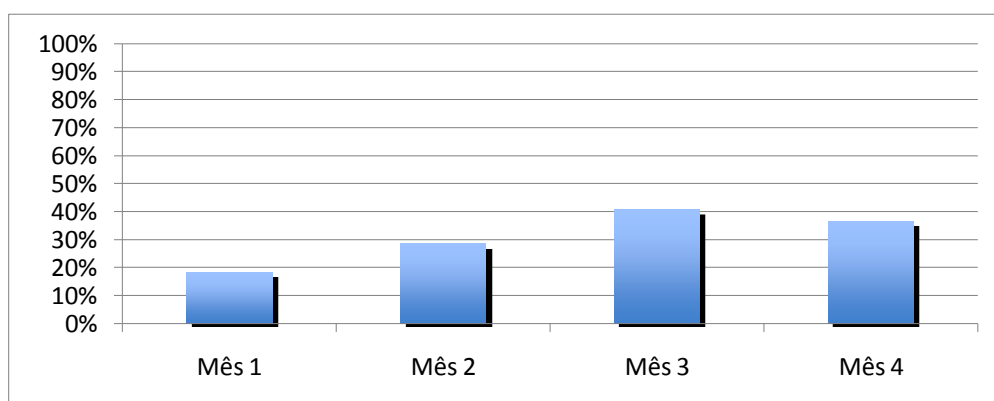


Figura 7- Gráfico da Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes
Fonte: Planilha de coleta de dados

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.

Durante toda a intervenção todas os idosos que foram cadastrados e acompanhados receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, totalizando nos quatro meses 100% nesse indicador. Este resultado se deve ao esforço intenso da odontóloga e da técnica de odontologia, que se interessaram na intervenção e assim que o idoso era cadastrado, já era marcada a consulta para avaliação odontológica.

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro e segundo meses conseguimos atingir a meta, pois dos 255 idosos cadastrados, todos conseguiram realizar a primeira consulta odontológica (100%). No terceiro mês, a meta não foi alcançada, pois a dentista teve um pequeno problema de saúde e ficou afastada de suas funções, sendo assim, apenas 226 idosos realizaram a primeira consulta odontológica de um total de 273 (82%). Já no quarto mês, a meta foi atingida novamente, pois a dentista retornou as atividades, agendando as consultas dos idosos que ainda não haviam sido consultados, alcançando 295 idosos com a primeira consulta odontológica (100%) (Figura 8).

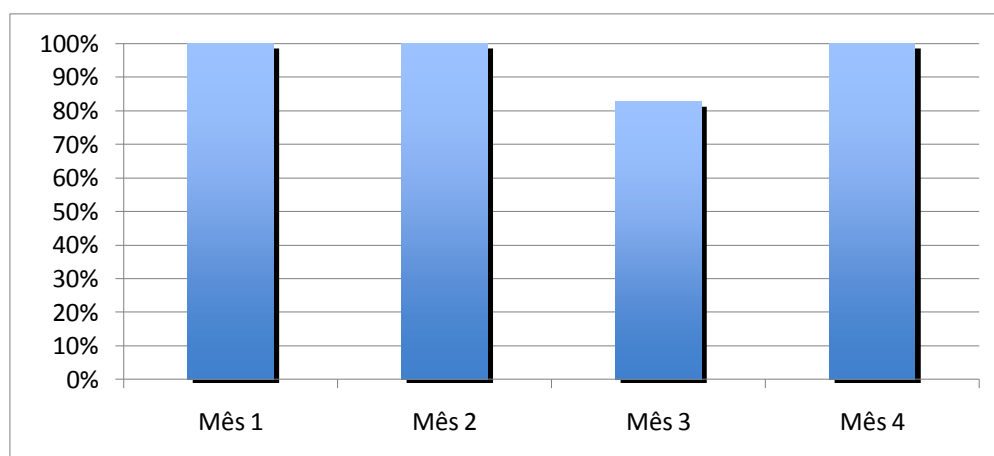


Figura 8- Gráfico da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática
Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

É muito difícil um idoso faltar à consulta, por isso estes números são baixos. No primeiro mês, somente um idoso faltou a consulta, no segundo mês, somente 6 idosos, no terceiro mês foram 3 idosos e no quarto mês, somente 1 idoso. Em todos os casos os agentes de saúde foram notificados e fizeram a busca ativa. A justificativa dos idosos mais ouvida pelos ACSs foi a do esquecimento da data da consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Durante toda a intervenção, todos os idosos cadastrados no programa foram mantidos com a ficha espelho em dia. Para mim e minha equipe este era um requisito fundamental para ter controle sobre os idosos cadastrados na intervenção. Os idosos que não tiveram esse registro sequer foram incluídos na intervenção. Este resultado foi possível também graças ao apoio da gestão em disponibilizar as ficha espelho para o registro dos idosos.

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.

Todos os idosos, assim que cadastrados na intervenção, recebiam a caderneta de saúde da pessoa idosa, totalizando assim 100% de idosos cadastrados no programa com a caderneta. Este resultado foi possível graças ao apoio da gestão em disponibilizar as cadernetas, bem como ao empenho da equipe em realizar a distribuição e preenchimento da caderneta do idoso.

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

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.

Todos os idosos, assim que eram cadastrados na intervenção e atendidos, eram avaliados para risco de morbimortalidade. Os idosos cadastrados receberam visita domiciliar onde foi avaliada a residência e identificadas as barreiras arquitetônicas que poderiam causar futuras quedas. Os idosos hipertensos e diabéticos foram avaliados com o risco global cardiovascular, assim, todos os idosos foram avaliados, totalizando assim 100% de idosos cadastrados no programa. Contamos com o apoio de toda a equipe para esta avaliação, após a capacitação de todos eles sobre os riscos de morbimortalidades que os idosos poderiam ter.

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.

Assim que cadastrados na intervenção, os idosos foram avaliados quanto aos indicadores de fragilidade na velhice. Os idosos cadastrados foram submetidos a um questionário com as seguintes perguntas: 1. Caminha mais lento, em passos menores ou diminuição do equilíbrio?; 2. Há perda do apetite e ou de peso (cerca de 5% em um ano)?;

3. Se sente com uma fadiga constante, fica parado a maior parte do tempo?; 4. Se sente com uma diminuição da força muscular?;

5. Sentiu perda de interesse pelas atividades diárias, o humor está variável?.

Aplicando este questionário, conseguimos investigar a presença de fragilidade na velhice, totalizando assim 100% de idosos cadastrados no programa com avaliação da fragilidade em dia. Esse resultado foi possível graças à capacitação da equipe sobre a avaliação da fragilidade do idoso, possibilitando que essa avaliação fosse feita por qualquer membro da equipe.

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

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

Os idosos, assim que cadastrados na intervenção, automaticamente eram agendados para uma consulta com a assistente social do CRAS, que ia à unidade uma vez por semana para avaliar a rede social do idosos agendados. Assim, a assistente social avaliou a 100% dos idosos cadastrados na intervenção. Graças ao apoio da assistente social foi possível atingir a meta deste indicador.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

Desde o princípio, todos os idosos cadastrados no programa receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, esta meta foi cumprida graças ao engajamento da nutricionista que sempre participava das reuniões do grupo de idosos. Além do apoio da nutricionista, toda a equipe foi capacitada para orientar os idosos, não somente para hábitos alimentares saudáveis, mais para toda uma vida saudável. Sendo assim, a meta de 100% para este indicador foi cumprida.

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

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

Desde o princípio, todos os idosos cadastrados no programa receberam orientação para praticar atividades físicas, desde uma curta e simples caminhada para idosos com problemas cardíacos que não poderiam caminhar muito, até os idosos atletas que praticam surf nas praias de Natal. Esta meta foi cumprida graças ao engajamento da Equipe. Sendo assim, a meta de 100% também foi atingida neste indicador.

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.

Desde o início da intervenção todos os idosos cadastrados e acompanhados foram orientados sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Esta meta foi cumprida graças ao engajamento da dentista, que sempre participava das reuniões do grupo de idosos. Além do apoio da dentista, toda a equipe foi capacitada para orientar os idosos, não somente sobre higiene bucal, mais para toda uma vida saudável. Sendo assim, a meta de 100% também foi atingida neste indicador.

Depois do descrito anteriormente, gostaria de relatar que conseguimos captar os idosos e informá-los através das palestras realizadas e reuniões com líderes que serviram para disseminar nossa intervenção. Disseminamos conhecimento sobre a importância e os benefícios do acompanhamento da pessoa idosa na USF.

A equipe foi capacitada, definimos responsabilidades e aprendemos a trabalhar unidos e em equipe. Enfatizei muito na importância dos registros dos idosos e consegui sensibilizar a gestão local para poder fazer algumas melhorias, para poder facilmente encontrar e guardar todos os registros, detalhando toda a intervenção com os registros de exames solicitados com seus respectivos resultados, mapeamos os riscos do público alvo e descobrimos suas fragilidades.

Tudo que foi realizado durante a intervenção (reuniões, registros, cadastramento, capacitação, palestras, protocolização) foi visando promover a saúde dos idosos para que sejam acompanhados pela USF, facilitando o acesso à saúde a comunidade local.

4.2 Discussão

A intervenção realizada para melhorar a saúde da pessoa idosa, na zona leste de Natal, especificamente no bairro de Cidade Nova, propiciou a ampliação da atenção à saúde da pessoa idosa, com melhoria na cobertura, adequação dos registros e arquivamento dos exames (armazenagem, padronização e dia de entrega), bem como melhoria do acompanhamento e da qualidade do atendimento, com destaque para realização do exame clínico apropriado em dia, avaliação multidimensional rápida, avaliação de fragilidade e primeira consulta odontológica.

Para iniciar a intervenção na minha unidade, foi importante capacitar todos os profissionais da equipe de saúde, médico, enfermeira e os agentes comunitários, seguindo as recomendações do Caderno de Atenção Básica do MS Nº 19 sobre

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa respectivamente do ano 2007. As ações de qualificação foram realizadas durante as reuniões semanais de equipe que teve um espaço para capacitação dos profissionais com temas do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, através da leitura de temas do CAB e debates entre os membros da equipe, apontando ideias sobre como executar o que foi discutido na intervenção. Durante as reuniões semanais também foram feitas orientações para o ACS cadastrar e orientar os idosos, principalmente aqueles acamados ou com problemas de locomoção. Estas capacitações levaram à realização de um trabalho mais integrada entre a equipe de saúde e melhoria no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Dessa forma, a intervenção permitiu que os profissionais aprofundasse o conhecimento nos temas relacionados à saúde da pessoa idosa, possibilitando qualificar a prática profissional e adequar o trabalho aos princípios do SUS.

Todos os integrantes da equipe foram fundamentais para o trabalho desenvolvido. A enfermeira e a técnica de enfermagem foram cruciais no controle dos registros, no arquivamento das fichas espelho e na realização do exame clínico inicial (PA, peso e cálculo do IMC). Os agentes de saúde foram fundamentais no trabalho de campo, identificando idosos que não tinham atendimento, realizando cadastro, busca ativa dos faltosos, verificando periodicidade dos exames e das consultas e entregando a caderneta da pessoa idosa. Ao médico coube a avaliação clínica detalhada dos idosos, avaliação e indicação dos exames, transcrição dos resultados destes exames para a ficha cadastro, digitação dos dados na planilha eletrônica, monitoramento do preenchimento das fichas espelho, atividades fundamentais para a intervenção.

A atenção a Saúde da pessoa idosa era praticamente inexistente na USF, ela se misturava muitas vezes com os diabéticos e hipertensos e não tinha um dia específico para atendimento desta demanda. Não havia monitoramento da qualidade no atendimento, do número de exames alterados, do acompanhamento, tratamento e retorno destes usuários que eram atendidos. A intervenção definiu as atribuições de cada membro da equipe de saúde, viabilizando uma forma de atuação mais dinâmica, diminuindo o tempo, melhorando e ampliando, conseqüentemente, o número de idosos atendidos, qualificando a atenção à saúde do idoso.

Com esta nova forma de trabalho e de atendimento aos usuários, notamos a ampliação no número de idosos atendidos, tivemos algumas variações no

atendimento por demanda espontânea de outras causas, reduzindo o número de idosos que se dirigia a unidade na madrugada para garantir uma ficha de atendimento. Temos agora uma noção mais próxima da realidade do número de idosos existente na área adstrita da unidade. Os idosos saem da consulta com uma avaliação mais qualificada, com encaminhamento para a avaliação odontológica, rede social, avaliação com a nutricionista (sobrepeso, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia), psicologia (depressão e outros transtornos) e avaliação com o educador físico (combate ao sedentarismo).

A melhoria dos registros e do arquivamento levou também a melhoria do atendimento e acompanhamento, principalmente dos idosos com exames alterados e/ou com mais fatores de risco para agudização de doenças crônicas, priorizando-se o atendimento destes na agenda de consultas. Estamos adaptando a nova rotina para melhorar o atendimento à demanda espontânea, já que temos uma grande área a cobrir e demanda proveniente de áreas descobertas. Portanto, podemos dizer que todo o serviço ganhou muito com a intervenção.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade. Os idosos estão gostando do atendimento, referem melhoria na qualidade, sentindo-se cuidado e bem atendido. Sabem quais dias foram disponibilizados para um atendimento mais específico a eles. Mas, apesar de termos ampliado a cobertura, ainda temos um número elevado de idosos da área de abrangência da UBS sem avaliação/atendimento, e não sabemos sobre a área descoberta. A adesão ao programa melhorou ao longo da intervenção. Precisamos continuar melhorando o esclarecimento da importância dos exames em dia, da redução do sedentarismo, prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas e combate aos fatores de risco que podem ser modificados.

A intervenção poderia ter sido facilitada ou ter ocorrido de modo melhor se os ACS fossem um pouco mais engajados na captação dos idosos e se eles se interessassem mais sobre a intervenção. A visão dos profissionais que continuaram durante toda a intervenção foi sempre de mais trabalho e que era problema meu ter uma especialização e tarefas a fazer. Faltou também uma maior participação da comunidade, que é reflexo do pouco interesse e empenho dos ACS. Marcavam-se as reuniões e as rodas de conversa e poucos idosos compareciam. Será mesmo que os agentes avisavam e convidavam idosos para as reuniões? Informavam sobre

a importância da intervenção e quais as melhorias que estávamos tentando implantar na USF visando uma melhor qualidade do serviço?

A intervenção está sendo incorporada e integrada à rotina do nosso serviço e ainda esta sendo aprimorada, sei que vamos devagar e que vamos passar por muitas dificuldades ainda e, com certeza, teremos condições de superar todos os obstáculos que nos apresente.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores Gestores da SMS Natal. Durante um período de 15 semanas foi realizada uma intervenção na USF Cidade Nova em Natal/RN para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa. A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, a qual só foi possível devido ao apoio da equipe e da gestão. A mesma estava prevista para ser realizado num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso, a intervenção foi realizada em 15 semanas.

Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na unidade, buscamos fazer todas as atividades conforme o preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde para a atenção à pessoa idosa. A atenção à saúde da pessoa idosa era praticamente inexistente na USF, ela se misturava muitas vezes com os diabéticos e hipertensos e não tinha um dia específico para atendimento desta demanda. Não havia monitoramento da qualidade no atendimento, do número de exames alterados, do acompanhamento, tratamento e retorno destes usuários que eram atendidos na USF. A intervenção definiu as atribuições de cada membro da equipe de saúde, viabilizando uma forma de atuação mais dinâmica, diminuindo o tempo, melhorando e ampliando, conseqüentemente, o número de idosos atendidos, qualificando a atenção à saúde do idoso.

A equipe desenvolveu uma série de ações voltadas para melhorar o número de idosos cadastrados e acompanhados na UBS, melhorando a adesão dos idosos às consultas e realização dos exames preconizados, organizando os registros na unidade, melhorando o controle e monitoramento das ações e desenvolvendo atividades voltadas para a promoção da saúde dos idosos. As ações da intervenção foram desenvolvidas com o apoio e cooperação de toda a equipe, da gestão e da comunidade.

A intervenção foi iniciada com o treinamento da equipe para desenvolver as ações previstas no projeto de intervenção, a exemplo da captação dos idosos, acolhimento na UBS, realização da avaliação multidimensional do idoso, realização do registro adequado, qualificação do atendimento, busca ativa dos faltosos e orientações para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Estas

capacitações levaram à realização de uma atividade de trabalho mais integrada entre a equipe de saúde e melhoria no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Dessa forma, a intervenção permitiu que os profissionais aprofundassem o conhecimento nos temas relacionados à saúde da pessoa idosa, possibilitando qualificar a prática profissional e adequar o trabalho aos princípios do SUS.

Na área adstrita à UBS existia um número estimado de 410 homens e mulheres maiores de 60 anos, destes somente 150 possuíam cadastro na unidade antes da intervenção (36%). Durante a intervenção fizemos o cadastro e acompanhamento dos idosos que antes não eram acompanhados pela equipe, conseguindo cadastrar e acompanhar um total de 295 idosos (72%). Ainda, foi possível qualificar a atenção a esses idosos, com realização da avaliação multidimensional rápida, o acompanhamento dos idosos com doenças crônicas, a realização de exames periódicos, a avaliação da saúde bucal e da rede social do idoso, bem como avaliação da fragilidade e dos riscos de morbimortalidade. Ainda, os idosos que buscaram atendimento na unidade por livre demanda foram acolhidos e cadastrados na intervenção, recebendo a caderneta do idoso e tendo sua consulta agendada.

Todos os integrantes da equipe foram fundamentais para o trabalho desenvolvido. A enfermeira e a técnica de enfermagem foram cruciais no controle dos registros, no arquivamento das fichas espelho e na realização do exame clínico inicial (PA, peso e cálculo do IMC). Os agentes de saúde foram fundamentais no trabalho de campo, identificando idosos que não tinham atendimento, realizando cadastro, busca ativa dos faltosos, verificando periodicidade dos exames e das consultas e entregando a caderneta da pessoa idosa. Ao médico coube a avaliação clínica detalhada dos idosos, avaliação e indicação dos exames, transcrição dos resultados destes exames para a ficha cadastro, digitação dos dados na planilha eletrônica, monitoramento do preenchimento das fichas espelho, atividades fundamentais para a intervenção.

Também realizamos atividades educativas com estes idosos e demais pessoas da comunidade, orientando sobre aspectos do envelhecimento e cuidados da saúde do idoso, a fim de promover sua saúde e um envelhecimento saudável. Ainda disseminamos conhecimento sobre a importância e os benefícios do acompanhamento da pessoa idosa na USF, facilitando o acesso à unidade e

estimulando o cuidado com a sua saúde. As ações de educação em saúde permitiram estreitar o vínculo da equipe com a população e trocar informações sobre a saúde do idoso. Percebemos como positiva a participação da comunidade nas atividades.

Por isso, só temos que agradecer a participação e apoio da comunidade e dos idosos às ações realizadas pela equipe durante a intervenção. Quando se trabalha em equipe junto com a comunidade é possível conseguir resultados positivos na melhoria da saúde da população.

Esperamos continuar melhorando a atenção aos idosos da nossa área de abrangência e aumentar número de idosos cadastrados e acompanhados. Mas para isso precisamos que a gestão se comprometa em continuar suprindo os materiais necessários para o funcionamento e execução da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Queridos moradores do bairro de Cidade Nova. Durante um período de 15 semanas foi realizada uma intervenção na USF Cidade Nova em Natal/RN para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa. Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na unidade, buscamos fazer todas as atividades conforme o preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde para a atenção à pessoa idosa. A atenção saúde da pessoa idosa era praticamente inexistente na USF, pois, se misturava muitas vezes com os diabéticos e hipertensos e não tinha um dia específico para atendimento desta demanda.

A equipe desenvolveu uma série de ações voltadas para melhorar o número de idosos cadastrados e acompanhados na UBS, melhorando a adesão dos idosos às consultas e realização dos exames preconizados, organizando os registros na unidade, melhorando o controle e monitoramento das ações e desenvolvendo atividades voltadas para a promoção da saúde dos idosos. As ações da intervenção foram desenvolvidas com o apoio e cooperação de toda a equipe, da gestão e de vocês, comunidade.

A intervenção foi iniciada com o treinamento da equipe para desenvolver as ações previstas no projeto de intervenção, a exemplo da captação dos idosos, acolhimento na UBS, realização da avaliação multidimensional do idoso, realização do registro adequado, qualificação do atendimento, busca ativa dos faltosos e orientações para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Estas capacitações levaram à realização de uma atividade de trabalho mais integrada entre a equipe de saúde e melhoria no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Dessa forma, a intervenção permitiu que os profissionais aprofundassem o conhecimento nos temas relacionados à saúde da pessoa idosa, possibilitando qualificar a prática profissional e adequar o trabalho aos princípios do SUS.

Na área adstrita à UBS existia um número estimado de 410 homens e mulheres maiores de 60 anos, destes somente 150 possuíam cadastro na unidade antes da intervenção. Durante a intervenção fizemos o cadastro e acompanhamento dos idosos que antes não eram acompanhados pela equipe, conseguindo cadastrar e acompanhar um total de 295 idosos. Ainda, foi possível qualificar a atenção a

esses idosos, com realização da avaliação multidimensional rápida, o acompanhamento dos idosos com doenças crônicas, a realização de exames periódicos, a avaliação da saúde bucal e da rede social do idoso, bem como avaliação da fragilidade e dos riscos de morbimortalidade. Ainda, os idosos que buscaram atendimento na unidade por livre demanda foram acolhidos e cadastrados na intervenção, recebendo a caderneta do idoso e tendo sua consulta agendada.

Os agentes comunitários de saúde realizaram a busca ativa dos idosos faltosos, através de visita domiciliar, a fim de melhorar a adesão dos mesmos às ações realizadas. O médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem também realizaram visitas domiciliares aqueles idosos acamados ou com dificuldades de se locomover até a consulta na unidade.

Também realizamos atividades educativas com estes idosos e demais pessoas da comunidade, orientando sobre aspectos do envelhecimento e cuidados da saúde do idoso, a fim de promover sua saúde e um envelhecimento saudável. Ainda disseminamos conhecimento sobre a importância e os benefícios do acompanhamento da pessoa idosa na USF, facilitando o acesso à unidade e estimulando o cuidado com a sua saúde. As ações de educação em saúde permitiram estreitar o vínculo da equipe com a população e trocar informações sobre a saúde do idoso. Percebemos como positiva a participação da comunidade nas atividades.

Por isso, só temos que agradecer a participação e apoio da comunidade e dos idosos às ações realizadas pela equipe durante a intervenção. Quando se trabalha em equipe junto com a comunidade é possível conseguir resultados positivos na melhoria da saúde da população. E mais, continuem participando das atividades na UBS junto à sua família, pois, assim, multiplicamos o cuidado e a atenção à saúde para todos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Faltando apenas poucas semanas para a conclusão do TCC e analisando o caminho percorrido até aqui são muitas as experiências que poderia comentar. Lembro do meu começo no curso, cheio de expectativas, ansioso por acumular conhecimentos que me permitissem melhorar a situação de saúde da minha comunidade, conduzir um trabalho sério e voltado as necessidades reais das pessoas que chegam até mim na procura de orientação e cura. O curso tem sido uma ferramenta valiosa de aprendizado, pois com ele tenho me nutrido de informações, habilidades, tenho ganhado em experiência para driblar obstáculos no decorrer do meu trabalho na APS.

Como pontos positivos do curso posso destacar a realização da intervenção em uma ação programática da UBS, com o fornecimento de matérias tais como a ficha espelho e a planilha OMIA que oferece um maior controle dos dados dos idosos, possibilita uma melhor organização do trabalho, ganhando tempo na identificação de idosos faltosos.

Outro fato a destacar é a possibilidade que o curso brinda de ter um feedback direto com os tutores, que no meu caso particular tem sido um norteador, valor muito positivo pois tem me ajudado muito. Acho muito interessante o fato de um profissional capacitado me acompanhar passo a passo, analisando comigo as deficiências e que no final se traduz na melhoria da minha prática e prestação de um melhor serviço de saúde para a comunidade.

O curso abriu minha visão para um trabalho baseado na inclusão da própria comunidade, na pessoa do líder comunitário como agente chave na detecção de problemas que precisam ser resolvidos, os quais são um apoio para chegar até o conhecimento das fortalezas que a comunidade possui nas quais podemos nos apoiar para alcançar os resultados esperados.

Apesar de que a minha avaliação geral do curso é muito positiva, como toda obra humana é imperfeita. Por isso, gostaria de contribuir com alguns sinalizados. Acho que o curso poderia ter incluído aulas presenciais para capacitar ainda mais o médico sobre como se relacionar melhor com a sua comunidade, sobre temas atualizados de comunidade e saúde coletiva. Já na confecção das tarefas é importante sinalizar que é preciso uma fiscalização do material oferecido pelo curso,

porque no meu caso, por exemplo, a planilha de coleta de dados apresentou problemas nos gráficos, fato que atrapalhou e por consequente provocou atraso na entrega do meu trabalho.

Durante todo o período que tem durado a especialização tenho melhorado muito no meu trabalho com a comunidade, tem sido uma experiência enriquecedora no meu atuar como médico de família e comunidade. O curso tem sido um incentivo para explorar, aprender, investigar, trabalhar direito com as famílias na melhora da situação de saúde da minha comunidade que é de fato o objetivo do meu trabalho como médico dentro da comunidade.

Referências

ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A; VALLA, Victor Vincent. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. Ciência e saúde coletiva, vol.9, no.3, Rio de Janeiro. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

População. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Cidades - Infográficos - Roraima - Cantá. Dados Gerais. IBGE. Ano 2014.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006). Disponível em:
<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoaldosa.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_06_06 Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Acrobat

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Colar Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

Área de Tran... Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

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 e pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso e press sustentada que 135/8 ou cc diagnóst hipert arterial sis
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											

14 15 16 17

Anexo B - Planilha de coleta de dados

