

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 do Idoso na UBS/ESF Bráz de Souza Barra,
Viçosa/RN**

Thais de Amorim Suassuna

Pelotas, 2015

Thais de Amorim Suassuna

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Bráz de Souza Barra,
Viçosa/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: Flávio Renato Reis de Moura

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S939m Suassuna, Thais de Amorim

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Bráz de Souza Barra, Viçosa/RN / Thais de Amorim Suassuna; Flávio Renato Reis De Moura, orientador(a); Maria Emilia Nunes Bueno, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 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. Moura, Flávio Renato Reis
De, orient. II. Bueno, Maria Emilia Nunes, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família.

Agradecimentos

Elencar nomes seria pouco, e, pouco justo com a ordem de importância de todos “nisto tudo”. Assim prefiro agradecer “a todos” que fizeram e ainda fazem parte de minha vida tanto pessoal quanto profissional/ educacional, pois vocês “todos” me fazem ser sempre capaz de superar desafios e realizar o “algo a mais”. Obrigada.

Resumo

DE AMORIM SUASSUNA, Thais. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Bráz de Souza Barra, Viçosa/RN**. 2015. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Qualificar a atenção para pessoas idosas é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família em nível de Atenção Primária. A presente intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Bráz de Souza Barra, Viçosa/RN. Para a realização do trabalho foram planejadas ações de cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção da saúde abordando quatro eixos temáticos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica). Uma ficha espelho e planilha eletrônica no Excel ofertadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família foram utilizadas para coleta de dados e descrição dos resultados através de indicadores. A intervenção foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPEL. A intervenção foi executada durante 12 semanas, atingindo 196 idosos. Os principais resultados obtidos foram: ao final da intervenção a meta de cobertura foi alcançada, ou seja, 100%(196) idosos foram cadastrados. Também foram alcançadas as metas de 100% para os seguintes indicadores/proporções: idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, idosos com exame clínico apropriado em dia, idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia, as prescrições de medicamentos foram priorizadas para a farmácia popular, os idosos com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visitas domiciliares; todos os idosos hipertensos foram rastreados para o diabetes mellitus, foram realizadas buscas ativas para os idosos faltosos às consultas programáticas, os registros foram realizados, os idosos receberam a caderneta de idoso, receberam orientações sobre alimentação saudável, orientações sobre a prática regular de exercícios físicos e foram avaliados sobre o estado de saúde bucal. Após a realização da intervenção, conclui-se que os indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro e promoção da saúde foram qualificados após a realização da intervenção e as ações foram incorporadas à rotina da UBS/ESF.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do isodo na Bráz de Souza Barra em Viçosa RN.	57
Figura 2	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
RN	Recém Nascido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e Metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório da intervenção para gestores.....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Referências	79
Anexos	80

Apresentação

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

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF que atuo, é em uma pequena cidade do interior do Rio Grande do Norte, chamada Viçosa, que conta com apenas uma ESF, para aproximadamente 1.600 habitantes (população total do município). Ao chegar à cidade para iniciar os meus trabalhos tive a grata surpresa de uma estrutura física muito boa, um espaço construindo recentemente com todas as exigências para que se pudesse funcionar ali uma Unidade Básica de Saúde.

A UBS/ESF fica localizada bem na entrada da cidade, para onde a população vai geralmente a pé ou via motocicletas, transporte muito utilizado nessa localidade. Fica próxima de dois municípios, os quais não possuem médicos em tempo integral, e isto eu aponto como primeira dificuldade que enfrentamos, pois corriqueiramente somos “obrigados” a receber a população desses municípios para atendimentos de urgência/emergência em uma demanda que chega a ser cerca de 4-6 atendimentos diários.

A estrutura física do local conta com um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, sala de vacinas, farmácia, laboratório e sala para esterilização de material, sala de recepção, sala para reunião, copa, almoxarifado, banheiros. É um lugar pequeno, mas adaptado ao serviço, com ventilação adequada, climatização, e respeitando a privacidade dos atendimentos. O material de serviço/expediente é enviado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), assim como envia os técnicos para manutenção dos aparelhos existentes. Temos computador, acesso a internet e telefone.

A equipe é composta de uma médico, uma enfermeiro, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, contamos com o apoio dos profissionais do NASF, nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico. A farmácia básica conta com um farmacêutico e uma atendente. O laboratório de análises clínicas com um Biomédico e uma auxiliar de laboratório.

O funcionamento da UBS/ESF é de segunda a sexta-feira das sete às dezessete horas, realizando consultas médicas diariamente, exames de citologia oncológica, pré-natal, puericultura, vacinas, curativos, retiradas de pontos cirúrgicos, drenagem de abscessos, lavagem de ouvido, atendimento nutricional e exames laboratoriais. O atendimento médico é ainda por meio de fichas entregues as sete horas da manhã, cerca de doze fichas por turno de atendimento, porém o atendimento ultrapassa esse número, em virtude da livre demanda existente e do atendimento das cidades vizinhas como exposto acima, o que facilmente alcança os vinte atendimentos por turno.

Desenvolvemos ações de promoção e prevenção, com o grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), grupo de gestantes, puericultura, o qual acompanhamos até 9 anos de idade, realizamos ações nas escolas do município, e juntamente com um grupo de idosos. Realizamos visitas domiciliares semanalmente a idosos e/ou acamados, de forma agendada de acordo com a necessidade trazida pelo agente comunitário de saúde, assim como de acordo com as urgências.

O planejamento das ações e serviços é realizado por toda a equipe, além da secretária de saúde do município, a qual é bem disponível e interessada na melhoria da saúde do município. Ainda, realizamos reuniões semanais para traçar as estratégias de atendimento e mesmo modificar alguma ação para melhoria do atendimento.

Faço apenas consulta de clínica médica, e, temos bastante dificuldade em encaminhar os usuários para um serviço especializado, na verdade, alguns deles. Basicamente consultas com especialistas e exames mais complexos são de responsabilidade da secretaria municipal de saúde e são agendados com profissionais previamente “contratados” para prestar esse serviço em outros municípios; por exemplo, os exames de ultrassonografia (USG) solicitados, são realizados por um profissional o qual foi contratado pelo município para realizar todos os exames da cidade. Algumas consultas especializadas são pagas pelo município em clínicas privadas; pois existe grande dificuldade de realizar a referência para os hospitais públicos da capital, por exemplo. Assim como o atendimento médico, o odontólogo atende diariamente e conta com a mesma

dificuldade de realizar encaminhamento para serviços especializados; o que considero como terceira dificuldade enfrentada.

A população apresenta algumas peculiaridades, como por exemplo, uma população sem emprego, que basicamente sobrevive da agricultura, programas assistenciais do governo e pela “caridade” do prefeito do município, que sustenta muitas famílias fornecendo a alimentação e medicamentos que não fazem parte da farmácia básica.

Atualmente estamos com o projeto no papel para implantação do dia específico para Saúde Mental, já que temos um problema com dependência de benzodiazepínicos. Além de um projeto para uma grande ação conjunta contra a dengue, estaremos mobilizando todos os profissionais e a população, já que estamos em período de chuvas. Todas as ações são planejadas em reuniões com a equipe e tenho a sorte de contar com profissionais engajados no trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Viçosa, no interior do Rio Grande do Norte, abriga uma população de 1.600 habitantes. Possui uma UBS (Bráz de Souza Barra) que atua integrada à filosofia da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na zona urbana do município, onde atende toda a população da cidade e da zona rural. A cidade conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para atendimento multidisciplinar, com fisioterapia, nutrição, educador físico e psicólogo. Disponibilizamos ainda de uma Unidade Hospitalar para onde são encaminhados casos de urgência e emergência e os casos que necessitam de internação, porém com estrutura precária, não permitindo o atendimento dos casos mais graves, estes sendo encaminhados para o Hospital Regional mais próximo (cerca de 70 Km). O convênio do município com o SUS permite consultas com algumas especialidades e exames de média e alta complexidade, porém em pequena quantidade, bem menor que a necessidade real; e de acordo com a demanda e os casos mais urgentes, a Secretaria de Saúde procura pagar particular alguns procedimentos. Há um cardiologista que é funcionário efetivo da prefeitura e atende um turno por semana, porém outras especialidades não temos facilmente disponibilizadas no município, apesar de possuir uma gestão bem engajada para favorecer a saúde da população.

O município não tem a disponibilidade do Centro de Especialidades Odontológicas, mas a atenção primária está sendo contemplada com a equipe de saúde bucal na UBS/ESF que trabalho. Com relação aos exames complementares o município dispõe de um laboratório para exames simples, e realiza convênios com outros serviços para a realização de sorologias, ultrassonografias, radiografias e mamografia; tal convênio funciona com o gestor do município, realizando um contrato com o prestador do serviço, o qual realiza o exame e o pagamento sendo realizado pelo gestor mensalmente. Exames mais complexos são adquiridos através da Secretaria Estadual de Saúde, a qual disponibiliza um exame mensal para o município (Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética).

A estrutura física da UBS/ESF está em um espaço construído recentemente. Conta com um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, sala de vacinas, farmácia, laboratório e sala para esterilização de material, sala de recepção, sala para reuniões, copa, almoxarifado e banheiros. É um lugar pequeno com algumas deficiências ou barreiras estruturais. Nosso primeiro problema é com a falta de corrimões logo na entrada da UBS/ESF; tem-se uma rampa de acesso, porém sem corrimões. Dentro da unidade de saúde não tem um banheiro exclusivo para os usuários, temos apenas um banheiro de funcionário, o qual também não está adaptado para a realidade do idoso e deficiente físico. Os consultórios não possuem sanitário. As macas/mesas para exames clínicos são antigas, e bastante altas, o que pode causar acidentes, e muitas vezes me impede de examinar com qualidade os idosos. Os pisos e paredes da UBS/ESF estão danificados, apesar de ser uma unidade com pouco tempo de construção. O laboratório é em espaço pequeno e sem climatização adequada, porém já existe o projeto para ampliar a UBS/ESF e concertar a deficiência da estrutura do local. Apesar disso e com exceção do laboratório, tem-se ventilação, iluminação e climatização adequadas, e uma estrutura interna que permite respeitar a privacidade dos atendimentos. As dificuldades que temos em nossa UBS/ESF ainda não foram colocadas como pautas de nenhuma reunião com a equipe e gestão do município. Tais dificuldades foram observadas e serão levadas para gestão do município a fim de seja o mais rápido possível resolvido as situações.

A equipe é composta por uma médica, um enfermeiro, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal e quatro agentes

comunitários de saúde. Além desses, contamos com o apoio dos profissionais do NASF como já relatado anteriormente. A farmácia básica conta com um farmacêutico e uma atendente. O laboratório de análises clínicas com um Biomédico e uma auxiliar de laboratório. O funcionamento da UBS/ESF é de segunda a sexta-feira das 7:00 às 17:00h, realizando consultas médicas diariamente, exames de citologia oncótica, pré-natal, puericultura, vacinas, curativos, retiradas de pontos cirúrgicos, drenagem de abscessos, lavagem de ouvido, atendimento nutricional e exames laboratoriais. O atendimento médico é organizado por meio de fichas entregues as 7:00 horas da manhã, cerca de 12 fichas por turno de atendimento, porém o atendimento ultrapassa esse número, em virtude da livre demanda existente, e do atendimento de usuários das cidades vizinhas (cerca de 5 atendimento por turno), as quais não possuem médicos, o que facilmente alcança os 20 atendimentos por turno. Desenvolvemos ações de promoção e prevenção, com o grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), grupo de gestantes, puericultura, o qual acompanhamos até 9 anos de idade, realizamos ações nas escolas do município, e juntamente com um grupo de idosos. Ainda, realizamos visitas domiciliares semanalmente para os idosos e/ou acamados, de forma agendada de acordo com a necessidade elencada pelos agentes comunitários de saúde, assim como de acordo com as urgências. O planejamento das ações e serviços é realizado por toda a equipe, além da secretária de saúde do município, a qual é bem disponível e interessada na melhoria da saúde do município. Realizamos reuniões semanais, com a equipe, para traçar as estratégias de atendimento e mesmo modificar alguma ação para melhoria do atendimento.

As atividades de promoção e prevenção são também realizadas nas escolas e creches do município. O grupo de gestante, por exemplo, reúne-se a cada quinze dias em um espaço cedido na creche. Realizamos atividades com o grupo de mulheres, sobre planejamento familiar e violência doméstica. Toda a equipe participa das visitas e das atividades de promoção e prevenção, a médica, o odontólogo, a enfermeira, uma técnica de enfermagem, a auxiliar do dentista e o ACS daquela área. Uma equipe que realmente sabe qual deve ser sua atuação na UBS/ESF e, portanto não temos qualquer dificuldade nesse tipo de atividade. As ações de prevenção e promoção de saúde até agora são realizadas com poucos grupos operativos, e não temos espaço físico para tal, e dessa forma improvisamos

uma sala na creche do município para as atividades. Porém, temos uma boa parceria com o setor de educação, e frequentemente realizamos ações nas escolas do município. Ainda estamos com o projeto de ampliação com o grupo de adolescentes, grupo de saúde mental e combate ao tabagismo. Temos dificuldades na adesão dos homens nas ações da UBS/ESF, em virtude do horário dos atendimentos, assim como, temos muitos usuários da cidade que trabalham em outro estado, geralmente vão para São Paulo, por falta de emprego e deixam suas famílias; temos muitas mulheres sozinhas como chefe de família na cidade.

O acolhimento na UBS/ESF se dá com o usuário sendo ouvido na sala de espera e corredor da unidade. Primeiramente são disponibilizadas 12 fichas por turno para atendimento médico; em seguida para a demanda espontânea, a equipe, mas basicamente duas técnicas em enfermagem e o recepcionista, ficam responsáveis por escutar esse usuário chega pela livre demanda. Previamente, combinamos que atenderia toda demanda espontânea que chegasse à UBS/ESF. E dessa forma o acolhimento é realizado. Leva-se em consideração os casos de urgência, os quais não temos uma classificação de risco aperfeiçoada, mas são considerados casos de urgência, pessoas idosas, casos de dor aguda, febre e traumatismo. Os atendimentos da demanda espontânea são em média cinco a oito por turno, e nem sempre são casos de urgência. O número de fichas distribuídas por turno geralmente é menor que a procura e parte desse excesso, tentamos resolver com uma agenda, em que são marcados os usuários que não conseguem pegar a ficha para o dia seguinte, os quais retornam para serem atendidos sem ser necessário pegar ficha de atendimento. O acolhimento e atendimento da demanda espontânea também são realizados pelo odontólogo, o qual realiza geralmente todos os atendimentos. Da mesma, forma as técnicas em enfermagem também realizam esse atendimento da melhor forma quando são solicitadas (verificação de PA, curativos e vacinas).

Na unidade de saúde o atendimento é direcionado a diversos grupos de usuários que possui uma agenda programada. Por exemplo, o atendimento das crianças é realizado semanalmente em um turno de trabalho. Crianças de até dois anos de idade realizamos acompanhamento mensal (até 6 meses) e semestral (até 5 anos), acima de 5 anos realizamos uma consulta anual. São utilizados protocolos do Ministério da Saúde e utilizados os gráficos da Caderneta da Criança para

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Incluindo o atendimento a esse grupo, realizamos atividades nas escolas e creche do município. Temos o Programa Saúde na Escola, no qual toda a equipe participa (médica, enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo, técnica de saúde bucal, ACSs, profissionais do NASF), com palestras, avaliação de saúde auditiva, ocular, deficiência física ou mental, alteração nutricional e orientações gerais. Nessas ações conseguimos observar alterações de algum tipo que necessite de acompanhamento médico, odontológico, nutricional ou psicológico. Ainda temos dificuldades nos registros da UBS/ESF, os quais não são fidedignos, em relação às consultas de retorno e muitas faltas às consultas agendadas, o que obriga o agente de saúde fazer a busca ativa dessas crianças.

Dentro da nossa dificuldade observamos que a triagem auditiva não está sendo realizada, o que é preocupante, tendo em vista a importância do exame para diagnóstico precoce de patologias auditivas. Tal limitação tem que ser levada ao gestor para um convênio ou contratação de um profissional para esse fim, já que não conseguimos com o processo de trabalho na UBS/ESF mudar esse quadro. Um outro indicador que mostra dificuldade na atenção em puericultura é sobre a prevenção de acidentes. Na UBS/ESF não se realiza nenhuma atividade nesse sentido, porém dentro do nosso processo de trabalho, poderemos planejar atividade para suprir esta necessidade, capacitar a equipe com informações sobre o assunto e finalmente orientar os pais sobre a prevenção de acidentes. Temos indicadores para saúde da criança que estão em 100%(21), como por exemplo: consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, teste do pezinho até sete dias, consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento e crescimento na última consulta, vacinas, avaliação da saúde bucal e orientação sobre o aleitamento materno exclusivo. O número de crianças menores de um ano acompanhadas na UBS é 21 (representando uma cobertura de 91%), sendo que os cadernos das ações estimam que na área existem 23 crianças nessa faixa etária.

O grupo de gestantes da área, conta atualmente com 20 gestantes, que representa uma cobertura de 83% segundo os cadernos das ações programáticas que estima que existem na área 24 gestantes. O pré-natal é realizado semanalmente em um turno de atendimento, pela médica e pela enfermeira, de forma sistemática, ou seja, ocorre a solicitação dos exames laboratoriais, sorologias

e exames de imagem, os quais não temos dificuldade na realização. Ao término da consulta as gestantes já saem da UBS/ESF com sua próxima consulta agendada assim como os exames solicitados. E se apresentarem problemas agudos antes do dia da próxima consulta elas podem comparecer à UBS/ESF e terão atendimento prioritário. Todas as gestantes são avaliadas pelo odontólogo logo depois da primeira consulta médica; e se as gestantes não comparecem as consultas agendadas, rapidamente o ACS as procuram, realizando a busca ativa, para saber o motivo da ausência e tentar trazê-las à UBS/ESF. Além disso, existe o grupo de reuniões das gestantes no qual todos os profissionais da equipe participam juntamente com as gestantes, e trata-se de um momento em que tiramos dúvidas, são feitos esclarecimentos sobre o parto, os cuidados com o RN, aleitamento materno exclusivo, tipo de parto, o trabalho de parto, dentre outras questões como planejamento familiar e cuidados de saúde bucal com as crianças de 0-12 meses. Tais reuniões acontecem quinzenalmente. Em relação a esse grupo específico ainda enfrentamos a questão do parto, o qual a gestante nunca sabe onde terá seu filho. Não temos um serviço específico para encaminhar essas gestantes, nem especialistas para acompanhar a gestação. As consultas de puerpério são realizadas logo após o parto na residência da puérpera, e orientamos a amamentação, e algumas dificuldades que possam existir, examinamos o RN, ferida cirúrgica se houver, orientamos retirada de pontos em 10 dias e consulta médica com 30 dias pós-parto. Estamos em um município com um número muito pequeno de gestantes e dessa forma conseguimos realizar um bom trabalho com relação ao pré-natal e puerpério, já que temos facilidade de comunicação, uma boa equipe de saúde e um município pequeno em que todas as informações chegam facilmente a UBS/ESF. Cem por cento (20) das nossas gestantes receberam as vacinas antitetânica e contra a hepatite B, todas receberam a solicitação de exames laboratoriais, também receberam a prescrição do sulfato ferroso conforme protocolo e todas receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e avaliação da saúde bucal. O que temos como limitação é a realização do exame ginecológico por trimestre, assim precisamos rever esta situação (a realização e os registros).

Com relação ao puerpério os nossos indicadores estão muito bons, ou seja, temos 100% (22) das puerperas com: consulta antes dos 42 dias pós-parto, tiveram a sua consulta registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos com o

recém nascido, sobre o aleitamento materno exclusivo, também receberam orientações sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e abdome examinados e foram avaliadas quando aconteceu alguma intercorrência. No entanto, precisamos melhorar os seguintes indicadores: a realização do exame ginecológico e a avaliação do estado psíquico, estas são duas limitações que encontramos durante a nossa análise. Os cadernos das ações estimam que na área existem 23 gestantes, sendo que em acompanhamento temos 22.

Nos programas de prevenção de saúde da população estão incluídos o câncer de colo de útero e de mama. Na UBS/ESF atualmente a cobertura do Controle do Câncer de Colo de Útero, é realizado nas mulheres que vem a UBS/ESF a procura do exame, em mulheres convocadas pelo ACSs de cada área e, pelo convite da médica ou do enfermeiro a partir de consultas de rotina na unidade de saúde, sendo que a cobertura para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama são respectivamente: 97%(387) e 89%(106). Não há na UBS/ESF um grupo de mulheres em que o trabalho de prevenção possa ser realizada de forma mais satisfatória, principalmente no que tange as orientações, o que dificulta o processo de trabalho. Dessa forma será necessário a implantação de um grupo de mulheres na faixa etária específica para realização do trabalho de prevenção e ampliarmos a cobertura e a qualidade desse trabalho. Para a prevenção do câncer de mama, individualmente a paciente é convidada a realizar exames nas mamas na consulta médica ou da enfermagem. Da mesma forma não há grupo para ação específica com as mulheres. A qualidade da prevenção na UBS/ESF não está satisfatória. Os números de exames realizados é bem menor do que o número de mulheres na faixa etária de realização do exame, apresentando muitas mulheres com atraso do exame. Assim como dificuldades em ações para orientação do risco de Câncer. Na UBS/ESF como não existe o grupo específico para mulheres, e por isso há dificuldades de realizar ações de prevenção para esse público de forma coletiva. O nosso controle e monitoramento das mulheres que necessitam fazer a prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama estão falhos logo não conseguimos efetivar os trabalhos de educação em saúde. Também a participação dos membros da equipe não está uniforme para que haja um bom controle desta população alvo. Uma forma bastante interessante de mobilizar esta população alvo seria o envolvimento do controle social. Podemos citar alguns indicadores para esta ação

programática que apresenta dificuldades. Os indicadores são: 52%(200) mulheres estão com o exame citopatológico em dia, 48%(187) das mulheres estão com o exame citopatológico atrasado, a avaliação de risco para este tipo de câncer não esta sendo feita, orientações sobre DST estão chegando para apenas 47%(180) das mulheres e para finalizar ainda há necessidade de rever como esta sendo a coleta das amostras do exame citopatológico, pois 52%(200) estão sendo consideradas satisfatórias.

Para o câncer de mama as orientações sobre a prevenção estão sendo passadas para 100%(106) das mulheres, mas as mamografias estão sendo realizadas em 55%(58) das mulheres que necessitam, temos 45%(48) das mulheres com mamografias em atraso a mais de 3 meses e avaliação de risco não esta sendo realizada. Assim, poderíamos dinamizar o trabalho e fazer com que o controle social seja peça atualmente em nossa UBS/ESF.

A cobertura para os usuários com HAS e DM na UBS/ESF está relativamente satisfatória a cobertura para os hipertensos e diabético é respectivamente: 88%(290) e 94%(89) . Existe o grupo de HIPERDIA no qual os atendimento estão sendo adequados, com relativa participação. São feitas reuniões semanais nas quais são abordados temas diversos, como alimentação saudável, exercício físico, complicações do DM e HAS, importância do uso das medicações. Além disso, realizamos aferição de PA, controle glicêmico, controle do peso, renovação de receitas e solicitação dos exames de rotina, tudo registrado em uma carteira própria do usuário e no prontuário do mesmo. Não faltam medicações para essas patologias e realizamos o atendimento seguindo protocolos do Ministério da Saúde, a estratificação do risco cardiovascular apresenta um percentual de 83%(240). Ainda verificamos algumas dificuldades, como a adesão do usuário as reuniões de grupo e avaliação da saúde bucal (34%/98). Já a realização de orientações sobre a dieta (100%/290) e prática de exercício físico (100%/290) estão sendo realizadas de forma regular. Os registros de acompanhamento desses usuários não são fidedignos, pois não conseguimos obter os dados sobre aqueles hipertensos que estão em atraso com as suas consultas a mais de sete dias, e, portanto algumas informações são perdidas, como consultas de retorno, acompanhamento odontológico, exames clínicos. A melhoria da cobertura e qualidade podem ser realizadas sistematizando as anotações de consultas e procedimentos clínicos

nesse grupo, em registros específicos e de fácil acesso, assim como avaliar periodicamente tais registros, para assegurar o cuidado com o paciente e a busca ativa em casos de faltas à consulta.

Para os usuários com diabetes as orientações sobre a necessidade de exercício físico regular e da dieta saudável esta sendo passada para 100%(89) das pessoas. Também 100% (89) dos usuários recebem a estratificação de risco e a solicitação dos exames complementares. A seguir citaremos os indicadores que não conseguimos obter por falta de registros. São eles: atraso da consulta agendada a mais de 7 dias, apalpação dos pés nos último três mês, apalpação do pulso tibial posterior e medida da sensibilidade dos pés a mais de três meses.

Em relação aos idosos, após analisar as ações desenvolvidas no serviço, constatou-se que não há uma boa qualidade no atendimento aos idosos na nossa UBS/ESF apesar da cobertura estar em 96%(165) segundo o nosso caderno de ações programáticas.

Em nossa unidade de saúde não há um grupo específico para esse trabalho. Existe um grupo de idosos que está sob os cuidados da assistente social, porém não há sistematização do cuidado de saúde nesse grupo. Esporadicamente a equipe de saúde é “convidada” a fazer parte do grupo para palestras específicas, mas na própria equipe não há agenda com atividades para tal grupo e nem mesmo são utilizados protocolos para atendimento sistemático da pessoa idosa na UBS/ESF. Atualmente, o acesso dos idosos, de um modo geral, é na forma de demanda espontânea. Ao analisar o questionário já observamos que a primeira medida a ser tomada é categorizar o atendimento a pessoa idosa na UBS/ESF, através do engajamento da equipe com o grupo de idosos existente na área de cobertura, organizando uma agenda de atividades, além de priorizar o acesso para atendimento. Em seguida estabelecer os protocolos de atendimento, seja através dos cadernos do Ministério da Saúde ou mesmo com protocolos próprios, desde que haja sistematização de atendimento. Podemos citar alguns indicadores de qualidade que devemos rever enquanto equipe: 73%(120) possuem caderneta do idoso e 78%(120) idosos receberam orientações sobre alimentação saudável e sobre a prática de realização de exercícios físicos. O caderno de ações programáticas nos proporcionou verificar que não estão sendo realizadas: a avaliação multidimensional

rápida, o acompanhamento em dia, avaliação do risco para morbimortalidade, a investigação sobre os indicadores de fragilização na velhice e a avaliação da saúde bucal.

Toda a análise situacional da UBS/ESF, através das atividades e questionários desenvolvidos, permitiu avaliar com clareza as dificuldades e deficiências seja na estrutura, atendimento ou mecanismo de trabalho, existentes na unidade e que se faz necessário repensar as ações e modificar de alguma forma. O primeiro passo é sem dúvida, colocar toda a equipe e a gestão conhecedora das dificuldades. É necessário aplicar protocolos, e categorizar os atendimentos para que dessa forma toda e qualquer ação seja desenvolvida da melhor forma. Nesta análise situacional também foi possível observar que os registros da UBS/ESF não estão realizados de forma adequada e obviamente que o processo de trabalho e o usuário saem prejudicados. Todas as dificuldades e limitações já estão sendo pautas de reuniões com a equipe e sendo planejadas todas as mudanças que serão realizadas na UBS/ESF sempre em busca do atendimento de excelência para nosso usuário.

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

Comparativamente, as duas leituras acima, nos faz analisar que a situação da UBS/ESF Bráz de Souza Barra, em Viçosa/RN, no que diz respeito a estrutura física continua a mesma, ou seja, não houve modificações significativas. O relatório da Análise Situacional abrange mais informações sobre a saúde do município, é mais elaborado e permite já fazer indagações e planejamento sobre as melhorias que buscamos. Há necessidade de fazer a reforma/ampliação da UBS/ESF e de implantar novos projetos/intervenções. O projeto de trabalhar com um grupo de Saúde Mental ainda não foi desenvolvido e a melhoria observada até então diz respeito ao acolhimento, o qual a partir dele podemos abrir agenda de marcação de consultas e melhorar o atendimento da demanda espontânea da UBS/ESF.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento populacional brasileiro vem se acentuando consideravelmente, gerando impactos nas diversas formas de prestar cuidados ao grupo de idosos. Com o processo de envelhecimento da população e consequentemente, o aumento do número de idosos que apresentam um processo de doença crônica e incapacitante, torna-se extremamente necessário o cuidado com esse tipo de usuário. A equipes de saúde da Atenção Primária em Saúde tem papel fundamental para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde no idoso, a fim de que o processo de morbimortalidade seja reduzido consideravelmente, permitindo maior qualidade de vida a população acima de 60 anos.

Considerando a realidade brasileira e o Sistema Único de Saúde, na UBS/ESF de Viçosa RN, ainda não foram implementadas ações específicas voltadas para a melhoria da assistência do Idoso. A UBS/ESF tem a oportunidade de oferecer ações de avaliação global da pessoa idosos como: avaliação da alimentação, acuidade visual, acuidade auditiva, sexualidade, vacinação, depressão, queda, avaliação funcional e cognitiva. Ainda é possível trabalhar na atenção primária as doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Para tanto o Caderno de Atenção Básica Nº 19 publicado pelo Ministério da Saúde é um referência importante a ser consultada por todos os componentes da equipe.

A UBS/ESF de Viçosa/RN tem uma estrutura física com consultórios médico, odontológico e de enfermagem, laboratório, sala de vacina, sala de nebulização e farmácia básica. Há rampa de acesso, o que facilita a locomoção de maneira geral, principalmente para os idosos e as barras de segurança nas paredes existem apenas no banheiro, sendo ainda necessário melhoria nesse aspecto para garantia de qualidade no serviço. A equipe é composta pela médica, odontólogo, duas técnicas em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de farmácia, farmacêutico, bioquímico e psicólogo. Essa equipe trabalha na UBS/ESF em uma

área, que abrange todo o território da cidade, de 1.600 habitantes, dos quais 165 são pessoas acima de 60 anos.

No desenvolvimento das ações da UBS/ESF, o usuário idoso não é alvo de ação específica, por isso a relevância desse tema no contexto de implantação do Projeto de Saúde do Idoso. O acesso desse público na UBS/ESF é por meio da demanda espontânea, com exceção daqueles idosos que são Hipertensos ou portadores de Diabetes Mellitus, os quais fazem parte do grupo de HIPERDIA, e por isso são rotineiramente avaliados. As consultas não são agendadas, não há turno específico de atendimento e não estão sendo realizadas ações de educação em saúde. Faltam registros específicos de atendimento desses usuários, para todos os atendimentos, incluindo a Saúde Bucal.

Diante do exposto, consideramos o idoso como o tipo de usuário que necessita de atenção prioritária neste momento em nosso serviço de saúde, tendo em vista as peculiaridades do idoso no processo de adoecimento. As inúmeras causas de morbimortalidade, sendo de extrema importância para programar e realizar ações de promoção e prevenção em saúde para o cuidado do idoso. Dessa forma, após análise cuidadosa do cenário atual da unidade de saúde verifica-se a importância de implementar uma ação Programática para melhorar a atenção à saúde dos idosos da nossa área de abrangência, permitindo sistematizar as ações para o grupo alvo e sendo uma finalidade importante, que esta ação seja incorporada à rotina de trabalho da UBS/ESF.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da área de abrangência da UBS/ESF Bráz de Souza Barra, Viçosa/RN.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

4. Melhorar o registro das informações dos Idosos da Área.
5. Mapear os idosos de risco a área de abrangência da Unidade.
6. Promover a saúde dos idosos

2.2.3. Metas

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

Meta1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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 e meta de ADESÃO:

Objetivo 3: Garantir a adesão dos idosos ao Projeto de melhoria da saúde.

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

Objetivos e metas de REGISTRO:

Objetivo 4: Organizar os registros de todos os idosos, através de ficha espelho e livros de registros para o total controle das ações e consultas periódicas, facilitando a busca ativa de faltosos;

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.

Objetivos e metas de AVALIAÇÃO DE RISCO

Objetivo 5: Assegurar o rastreamento dos idosos, quanto aos riscos aumentados de morbimortalidade e de fragilidades, garantindo o atendimento prioritário e frequente aos mesmos

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.

Objetivos e metas de PROMOÇÃO DE SAÚDE

Objetivo 6: Realizar ações de promoção e prevenção de agravos, com ênfase em orientação dietética, prática regular de exercício físico e saúde bucal.

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

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações de COBERTURA

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe, particularmente os ACSs para monitorar mensalmente se a cobertura dos idosos está 100%.

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÕES 1.1: Acolher os idosos. 1.2 Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. 1.3 Atualizar as informações do SIAB.

DETALHAMENTO: Realizar o acolhimento de todos os idosos que procurarem a UBS/ESF com alguma necessidade, assim como o acolhimento dos idosos com as consultas agendadas. Realizar com toda a equipe o cadastramento de 100% dos idosos da área de abrangência, o qual será realizado no espaço da creche do município, e dos acamados realizando visitas domiciliares. Atualizar as informações do SIAB através de uma rotina estabelecida com o enfermeiro e técnica em enfermagem.

Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES 1.1: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. 1.2 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

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

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES 1.1: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. 1.2 Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. 1.3 Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

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

Ações de QUALIDADE

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Realizar na reunião da equipe a capacitação para Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, e através da ficha espelho manter os dados registrados, garantindo também que a mesma seja realizada anualmente. A avaliação propriamente dita será de responsabilidade da médica.

AÇÃO 2.1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Realizar o aperfeiçoamento e melhoria do exame clínico da médica através das leituras dos manuais do Ministério da saúde sobre saúde do idoso, para que o exame clínico seja realizado periodicamente, e garantindo o registro do exame no prontuário.

AÇÃO 2.2: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

DETALHAMENTO: Realizar os registros na ficha espelho dos resultados dos exames realizados, para que o monitoramento seja realizado continuamente, garantido que o idoso não fique sem a realização dos novos exames no período determinado. A responsabilidade será da equipe de enfermagem no monitoramento.

AÇÃO 2.3: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

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

AÇÃO 2.4: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe e especialmente os ACSs na reunião para garantir o cadastramento dos idosos acamados, orientando a toda equipe de novos cadastros de casos novos de idosos acamados, através da busca ativa e visitas domiciliares.

AÇÃO 2.5: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: Destinar um turno de atendimento para visitas domiciliares dos acamados, com periodicidade quinzenal, e com agendamento prévio dos nomes dos idosos, garantido que não haja falha nos atendimentos aos idosos que não podem comparecer à UBS/ESF, e tampouco necessitar que o cuidador tenha que solicitar a visita somente em caso de necessidade.

AÇÃO 2.6: Monitorar o número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

DETALHAMENTO: Verificar a PA de todos os idosos que comparece a UBS/ESF e fazer o registro no prontuário e caderneta do idoso, a fim de que todos os casos novos de HAS sejam diagnosticados.

AÇÃO 2.7: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente). Responsabilidade da técnica em enfermagem.

DETALHAMENTO: Realizar exames de rastreamento de DM para todos os idosos anualmente, sempre mantendo o registro na ficha espelho e prontuário do idoso. Responsabilidade da médica.

AÇÃO 2.8: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

DETALHAMENTO: O profissional de Saúde bucal fará uma ação para uma avaliação geral de todos os idosos. Faremos em 5 turnos de atendimento, e após a avaliação o idoso deixará a UBS/ESF com a próxima consulta odontológica marcada para a realização dos procedimentos necessários.

AÇÃO 2.9: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

DETALHAMENTO: Manter a ficha espelho preenchida com os dados da avaliação e data da próxima consulta. Toda a equipe será responsável para executar esta tarefa.

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO 1.1: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

DETALHAMENTO: Os materiais para realização da Avaliação Multidimensional Rápida já estão disponíveis na UBS/ESF, e pactuaremos com a gestão apenas cópias das fichas espelhos, e livros para registros dos idosos.

AÇÃO 1.1: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. 1.2 Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

DETALHAMENTO: Na reunião para capacitação da equipe, definiremos a atribuição de cada profissional. A médica fará a avaliação clínica dos diversos órgãos, a enfermeira poderá avaliar memória, através do MEEM (Mini Mental State Exam – Folstein et al, 1975) e depressão, através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) de Sheikh & Yesavage (1986). Aferições de PA e glicemia pelas técnicas de enfermagem, peso e altura com o educador físico, avaliação nutricional pela nutricionista, avaliação de saúde bucal com o Odontólogo e a auxiliar de Saúde Bucal; os ACSs estarão realizando a organização do setor e dos idosos.

AÇÃO 1.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. 2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. 2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

DETALHAMENTO: A médica e a enfermeira irão definir atribuições para cada membro da equipe. A médica irá garantir o exame clínico apropriado de cada idoso e a técnica em enfermagem junto com os ACS irão organizar a agenda dos idosos provenientes da busca ativa.

AÇÃO 3.1: Garantir a solicitação dos exames complementares. 3.2 Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos

no protocolo. 3.3 Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

DETALHAMENTO: A realização de exames no município, já estão bem estabelecidos na logística diária de atendimentos. Temos um laboratório para exames de rotina, e os exames de média e alta complexidade já são realizados de forma sistemática em outra rede de serviços pactuados com o gestor do município, sempre que há necessidade. Portanto, somente reforçaremos tal necessidade com o gestor para a implantação do Projeto/Intervenção. Deixar os registros dos exames realizados na ficha espelho e prontuário a fim de que seja detectados quando não houve a realização do exame pelo paciente, servindo de alerta. A responsabilidade será da médica e do enfermeiro.

AÇÃO 4.1: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. 4.2 Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: A UBS/ESF conta com uma farmácia equipada com as medicações básicas de uso rotineiro, incluindo medicamentos para HAS e DM; todos os estoques e planejamento de solicitação de medicamentos é realizada por um Farmacêutico, e uma auxiliar de farmácia os quais trabalham diariamente mantendo o cuidado no controle de estoque, retirada de medicamentos vencidos e entrega geral aos pacientes, e sendo assim não teremos dificuldade em implantar tal ação durante a intervenção.

AÇÃO 5.1: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

DETALHAMENTO: A equipe realizará os registros de 100% dos idosos incluindo os acamados, e estes destinaremos quatro semanas para a realização de visitas domiciliares, com toda a equipe.

AÇÃO 6.1: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: Organizar um turno quinzenalmente (toda primeira e terceira terça-feira) visita domiciliar dos acamados e com problemas de locomoção, com

agenda organizada com os nomes dos idosos, sendo que cada visita não poderá deixar de ser repetida antes de três meses, caso haja necessidade a médica receberá motivada através das informações transmitidas pelas ACS.

AÇÃO 7.1: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. 7.2 Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para melhorar o acolhimento dos idosos com HAS; e o material para aferição de PA e outros instrumentos para exame clínico já estão disponíveis na UBS/ESF.

AÇÃO 8.1: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 8.2 Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para melhorar o acolhimento dos Diabéticos e o material para realização de hemoglicoteste já esta disponível na UBS/ESF.

AÇÃO 9.1: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. 9.2 Cadastrar os idosos na unidade de saúde. 9.3 Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. 9.4 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para melhoria do acolhimento dos idosos na UBS/ESF, garantindo que nenhum idoso deixe de ser atendido ao procurar a UBS/ESF. Reforçar na reunião da equipe a importância do atendimento prioritário aos idosos. Criar juntamente com o profissional de saúde bucal uma agenda com turnos específicos para atendimento do idoso, por exemplo: terças e quintas-feiras no turno da manhã.

AÇÃO 10.1: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. 10.2 Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. 10.3 Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. 10.4 Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para melhoria do acolhimento dos idosos na UBS/ESF, garantindo que nenhum idoso deixe de ser atendido ao procurar a unidade de saúde. Reforçar na reunião da equipe a importância do atendimento

prioritário aos idosos. Criar juntamente com o profissional de saúde bucal uma agenda com turnos específicos para atendimento do idoso, por exemplo: terças e quintas-feiras no turno da manhã. e monitorar a utilização do serviço através da ficha espelho específica da saúde bucal.

Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO 1.1: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. 1.2 Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

DETALHAMENTO: Realizar através da mídia local (rádio, blogs), além de palestras em grupos comunitários, as informações sobre o Programa de saúde do idoso, orientando e esclarecendo a importância dele para a comunidade em geral, permitindo que a comunidade auxilie na redução de faltosos às consultas e ações na UBS/ESF.

AÇÃO 2.1: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

DETALHAMENTO: Melhorar as orientações realizadas nas reuniões do grupo de idosos e no HIPERDIA sobre as doenças neurológicas e cardiovasculares, e garantir tais orientações individualmente nas consultas de cada idoso que for ao consultório médico.

AÇÃO 3.1: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. 3.2 Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

DETALHAMENTO: Tais orientações também serão dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas, a equipe terá esta responsabilidade.

AÇÃO 4.1: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

DETALHAMENTO: Tais orientações serão dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde, no grupo de idosos e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas. A equipe será responsabilizada sobre esta ação.

AÇÃO 5.1: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

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

AÇÃO 6.1: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. 6.2 Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: Utilizaremos a sala de espera, a mídia local (programa de rádio e blogs) para orientação da comunidade, recursos visuais na UBS/ESF, Centro Comunitário e visitas domiciliares individuais pelos ACSs.

AÇÃO 7.1: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. 7.2 Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

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

AÇÃO 8.1: 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. 8.2 Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

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

AÇÃO 9.1: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

DETALHAMENTO: As orientações também podem ser dadas utilizando a mídia local, em palestras de promoção de saúde e individualmente aos pacientes nas consultas clínicas. A equipe de saúde bucal será responsável por esta tarefa, mas a equipe como um todo deverá engajar-se nesta ação.

AÇÃO 10.1: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. 10.2 Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

DETALHAMENTO: Destinaremos um turno para realizar palestras no grupo de mulheres e convocaremos o centro comunitário, para também realização de uma palestra, assim como reforçaremos nas reuniões do HIPERDIA. Faremos um programa na rádio local para informar detalhes do Projeto para a comunidade.

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA – esta ações serão de responsabilidade da médica e do enfermeiro.

AÇÃO 1.1: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS/ESF. 1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. 1.3 Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

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

AÇÃO 2.1: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. 2.2 Capacitar a equipe da UBS/ESF para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

AÇÃO 3.1: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS/ESF para solicitação de exames complementares, citando os exames de rotina que devem ser solicitados.

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

AÇÃO 4.1: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. 4.2 Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

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

AÇÃO 5.1: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

DETALHAMENTO: Na reunião com a equipe definiremos o início do Projeto com a meta de cadastrar 100% dos idosos.

AÇÃO 6.1: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. 6.2 Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

DETALHAMENTO: A capacitação dos ACSs será realizada na reunião com a apresentação dos Protocolos do Ministério da Saúde tendo a condução da médica.

AÇÃO 7.1: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

AÇÃO 8.1: Capacitar a equipe da UBS/ESF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe na reunião que será realizada com toda a equipe da necessidade do cuidado com os pacientes com HAS e será conduzida pelo enfermeiro.

AÇÃO 9.1: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

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

AÇÃO 10.1: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. 10.2 Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. 10.3 Capacitar os ACS para captação de idosos. 10.4 Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

DETALHAMENTO: A capacitação da equipe para as atividades, será realizada a partir da leitura dos Protocolos do Ministério da Saúde durante a reunião da equipe. Orientar a equipe de saúde bucal da necessidade da primeira consulta odontológica programática, que significa fazer de forma detalhada a anamnese, exame clínico e posteriormente plano de tratamento.

Ações de ADESÃO

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

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

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO 1.1: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. 1.2 Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

DETALHAMENTO: Garantir que o ACS realize as visitas em busca de faltosos e agende a visita com toda a equipe ou consulta na UBS/ESF. Permitir um ou dois espaços na agenda para acolher os idosos oriundos da busca ativa.

Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO 1.1: 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). 1.2 Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

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

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO 1.1: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. 1.2 Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

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

Ações de REGISTROS

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

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

AÇÃO 1.2: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO 1.1: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. 1.2 Pactuar com a equipe o registro das informações. 1.3 Definir responsável pelo monitoramento dos registros. 1.4 Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

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

AÇÃO 1.1: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DETALHAMENTO: Realizar reunião com o gestor para solicitar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO 1.1: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

DETALHAMENTO: Utilizar a mídia local (rádio e blogs), sala de espera, grupo de idosos e recursos visuais em pontos estratégicos (UBS/ESF e secretaria de saúde) sobre as informações dos registros pessoais da comunidade e o acesso a tais registros.

AÇÃO 1.1: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

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

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO 1.1: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

DETALHAMENTO: Garantir que toda a equipe seja capacitada durante a reunião e sai apta a realizar os registros e entendendo a importância de tais registros.

AÇÃO 2.1: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

DETALHAMENTO: Garantir que toda a equipe durante a reunião receba capacitação e sai apta a realizar os registros e entendendo a importância de tais registros

Ações de AVALIAÇÃO DE RISCO

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

DETALHAMENTO: Registrar os dados adequadamente do exame físico e anamnese, no prontuário e ficha espelho, de todos os idosos com maior risco de morbimortalidade, a fim de que sejam monitorados de forma adequada.

AÇÃO 2.1: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

DETALHAMENTO: Observar o idoso com indicadores para fragilização durante a avaliação Multidimensional Rápida e nas consultas de rotina, deixando o registro na ficha espelho e livro de registro na UBS/ESF.

AÇÃO 3.1: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS/ESF. 3.2 Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

DETALHAMENTO: Realizar a investigação durante a Avaliação Multidimensional Rápida e através dos ACSs, a fim de que sejam monitorados continuamente, assim como a equipe realize as ações naqueles idosos com problemas na rede social.

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO 1.1: Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.

DETALHAMENTO: Destinar na agenda de atendimento sempre um espaço para as consultas ou procedimentos de forma urgente para os idosos com maior risco de morbimortalidade.

AÇÃO 2.1: Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para realizar o acolhimento adequado dos idosos com maiores fragilidades, e destinar na agenda um espaço para os atendimentos prioritários.

AÇÃO 3.1: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

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

Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO – a equipe terá esta responsabilidade

AÇÃO 1.1: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

DETALHAMENTO: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento durante as consultas, visitas domiciliares, e participação no grupo de idosos para promoção de saúde.

AÇÃO 2.1: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

DETALHAMENTO: Orientar os idosos durante as consultas, visitas domiciliares, e palestras realizadas para promoção de saúde.

AÇÃO 3.1: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

DETALHAMENTO: Realizar divulgação do Projeto/Intervenção na mídia local (rádio, blogs), nos centros comunitários, com as orientações sobre o atendimento prioritário. Solicitar o apoio dos grupos, serviço social, centro comunitário, igreja, escolas, para realização de atividades que contemplem os idosos com música, artesanato, culinária etc.

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO 1.1: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

DETALHAMENTO: Realizar na reunião da equipe a capacitação para identificação e registro adequado dos fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

AÇÃO 2.1: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

DETALHAMENTO: Realizar na reunião da equipe a capacitação para identificação e registro adequado dos indicadores de fragilização na velhice. Que a equipe consiga minimamente identificar: desregulação neuroendócrina, alteração neuromuscular e disfunção do sistema imunológico.

AÇÃO 3.1: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

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

Ações de PROMOÇÃO DE SAÚDE

Eixo MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO 1.1: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. **1.2** Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

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

AÇÃO 2.1: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. **2.2** Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

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

AÇÃO 3.1: Monitorar as atividades educativas individuais.

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

Eixo ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO 1.1: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

AÇÃO 2.1: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. 2.2 Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação para realização de atividade física.

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

AÇÃO 3.1: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

DETALHAMENTO: Organizar a agenda com as consultas marcada em um tempo médio de 30 minutos, a fim de que a consulta seja realizada com tempo hábil para todas as orientações individuais.

3. Eixo ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO 1.1: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, utilizar a mídia local, o grupo de idosos, e individualmente nas consultas.

AÇÃO 2.1: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, grupo de idosos, mídia local, e individualmente nas consultas.

AÇÃO 3.1: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

DETALHAMENTO: Capacitar a equipe para realizar as orientações, em palestras de ações de promoção, utilizando a mídia local, o grupo de idosos e individualmente nas consultas odontológicas sobre a importância da higiene bucal e próteses dentárias. Motivar e aderir a equipe de saúde bucal para esta ação.

Eixo QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO 1.1: 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". 1.2 Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

AÇÃO 2.1: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

DETALHAMENTO: Realizar na reunião da equipe, leitura dos manuais do Ministério da Saúde sobre saúde do idoso, a fim de capacitar a equipe, juntamente com o educador físico, para orientar os idosos, em relação a prática de exercício físico.

AÇÃO 3.1: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

DETALHAMENTO: Realizar na reunião da equipe leitura dos Manuais do Ministério da Saúde, sobre higiene bucal e próteses dentárias, juntamente com o profissional de Saúde Bucal, para capacitar a equipe nas orientações aos idosos. Solicitar o apoio da equipe de saúde bucal para esta capacitação.

2.3.2 Indicadores

De acordo com objetivos formulados para a implantação da Intervenção para melhorar a atenção à Saúde do Idoso, estabelecemos as metas a serem alcançadas para que a intervenção seja na prática executada. Ao mesmo tempo será necessário ter um controle de cada meta a ser alcançada, e para isso utilizamos os indicadores, os quais servem para o monitoramento das ações. Através dos indicadores a equipe de saúde acompanhará o desenvolvimento das ações e onde e quando será necessária alguma intervenção para melhoria de determinada ação. O Indicador é escrito de forma numérica caracterizado sempre por um Numerador/Denominador. Segue abaixo as descrições:

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência;

INDICADOR 1.1: Número de idosos cadastrados no programa/ Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde;

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.

INDICADOR 2.1: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia/ 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: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia/ 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: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia/ 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: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular/ 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: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa/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: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar/ 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: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta/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: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus/ Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica

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

INDICADOR 2.9: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico/ 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: Número de idosos da área de abrangência na UBS/ESF com primeira consulta odontológica programática/ Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

INDICADOR 3.1: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde/Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

INDICADOR 4.1: Número de fichas espelho com registro atualizado/ 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: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa/ Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

INDICADOR 5.1: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade/ 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: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice/ 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: Número de idosos com avaliação de rede social/ Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis/ 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: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física/ 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: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal/Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde;

2.3.3 Logística

Para realização da intervenção de melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF de Viçosa/RN iremos adotar o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2010. O projeto consiste em organizar o atendimento desse tipo de usuário na UBS/ESF de forma que haja uma melhoria de atendimento, assim como melhoria nas ações de promoção e prevenção de doenças. As ações terão início com a capacitação da equipe para todas as ações. Uma reunião inicial já foi realizada para detalhar o projeto de intervenção, e faremos mais duas reuniões em dois turnos para capacitar toda a equipe.

Iniciaremos as atividades apresentando o Manual Técnico adotado a toda a equipe, distribuiremos cópias a toda equipe e faremos uma leitura dos principais pontos do Manual. Os agentes de saúde então deverão estar aptos a fazer um novo cadastro de idosos na UBS/ESF para assegurar que teremos 100% de cobertura. A equipe será instruída sobre o acolhimento do idoso na UBS/ESF; disponibilizaremos um turno de atendimento para esse fim e a equipe toda vai ser capacitada para acolher o idoso e assegurar o atendimento prioritário, realizando a escuta inicial, e permitindo o atendimento em casos de doenças agudas independente do dia de

consulta previamente agendada, e com o idoso deixando a UBS/ESF sabendo o dia de sua próxima consulta.

Todas as ações que serão implementadas durante a intervenção deverão ser divulgadas pelos membros da equipe, na programação da Rádio local, por meio dos Blogs do município, em igrejas e centros comunitários, a fim de que a comunidade se mobilize e tenhamos ajuda no que diz respeito a não evasão do Projeto/Intervenção. A conscientização dos idosos e familiares será de responsabilidade da equipe que realizarão orientações sobre os fatores de riscos envolvidos para ocorrência das patologias clínicas nessa faixa etária, a importância da realização de exame clínico, exames laboratoriais e consulta odontológica.

Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e o enfermeiro irão utilizar a ficha espelho elaborada pelo curso de Especialização em Saúde da Família (ANEXO C), com todos os indicadores a serem coletados e teremos um livro de registro com todos os idosos cadastrados. Estimamos alcançar com a intervenção 196 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 196 fichas espelhos necessárias que serão anexadas ao prontuário dos pacientes para o acompanhamento. Faremos um dia “D” em que todos os idosos da área serão convocados para comparecerem à UBS/ESF, previamente convidados pelo ACSs e via meios de comunicação, associação de moradores etc. Neste dia todos os idosos serão submetidos à Avaliação Multidimensional Rápida pela médica e o enfermeiro, a técnica de enfermagem e o odontólogo realizarão outras ações como avaliação da PA, realização orientações sobre alimentação saudável e prática regular de exercícios físico e avaliação da saúde bucal. Previamente será assegurado com o gestor o material como balança, glicosímetro, fita métrica etc, para realização dos exames. Os dados colhidos serão organizados na ficha espelho individual de cada idoso e posteriormente será passado para a planilha de coleta de dados também fornecida pela equipe pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família.

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

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS/ESF sobre o protocolo saúde do idoso.	X															
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos.	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Contato com lideranças comunitárias e com o programa saúde no rádio para falar sobre a importância da ação programática da saúde do idoso solicitando apoio para a captação dos idosos e para as demais estratégias que serão implementadas.	X				X				X				X			
Cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Idosos.				X				X				X			X	
Atendimento clínico dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e realizar visita domiciliar	X		X		X		X		X		X		X		X	
Busca ativa dos idosos faltosos às consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O Projeto de Intervenção de Melhoria da Saúde do idoso na UBS/ESF de Viçosa/RN foi uma escolha da Equipe de Saúde da Família da UBS/ESF Bráz de Souza Barra, em virtude de não existir um atendimento organizado e um acompanhamento adequado dos idosos da nossa área de abrangência, apesar da importância que é exigida quando se fala em Idoso.

Há algumas semanas planejamos a intervenção, e com o material disponibilizado pelo curso, elaboramos o nosso material de trabalho, como a ficha espelho e o cronograma o qual teríamos que seguir. Em uma reunião apresentei o Projeto à equipe, explicando os objetivos e metas do mesmo e com o Caderno de Atenção Básica sobre Saúde do Idoso fizemos uma leitura dos principais pontos, como a Escala de Depressão Geriátrica e Mini Mental e artifícios que utilizamos na Avaliação Multidimensional Rápida. Nas reuniões iniciais realizamos o planejamento sobre a divulgação do Projeto/Intervenção nas mídias locais como a rádio e os blogs, além da divulgação na sala de espera da UBS/ESF, e finalmente planejamos o cadastro dos idosos.

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

A trajetória da intervenção foi dificultada por alguns imprevistos, como o recesso de final de ano da UBS/ESF, o feriado de carnaval, o meu atestado médico. Situações até que precisamos posteriormente reunir a equipe e reorganizar o

cronograma. Este cronograma nos direcionou para o cumprimento das atividades, o qual detalhava o tempo destinado para cada ação e meta.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa foi nossa primeira grande dificuldade, por questões de logística e de grande demanda de tempo. No primeiro dia de cadastro chegamos à creche (local escolhido), e organizamos a área para o atendimento. O Educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realizava as medidas antropométricas (peso e altura), uma técnica de enfermagem verificava Pressão Arterial (PA), a nutricionista do NASF realizava a avaliação nutricional, o odontólogo e a técnica em saúde bucal realizavam a avaliação inicial de saúde bucal e agendavam as primeiras consultas, outra técnica de enfermagem em uma sala individual, realizava o MINI MENTAL e o enfermeiro aplicava a Escala de Depressão Geriátrica, enquanto eu em outro espaço realizava a Análise Multidimensional Rápida e já agendava a consulta na UBS/ESF; os ACSs realizavam o acolhimento do idoso e organizavam as filas, encaminhando-os para setor.

Com esta organização, conseguimos manter no decorrer das semanas e foi bem executada, já que conseguimos os almejados 100% de cadastro dos idosos, porém passamos por algumas dificuldades, além daquelas já citadas anteriormente, durante a realização da intervenção como: reorganizar a agenda da UBS/ESF, o pedido de demissão do Odontólogo, a licença maternidade da enfermeira, a chegada dos novos profissionais e a adesão dos idosos. Recebemos reclamações quanto à demora em realizar o MINI MENTAL, o turno escolhido, outros reclamaram em relação à distância de suas casas até a creche. Muitos achavam que eu estava ali para realizar atendimento médico e traziam receitas para renovar, exames solicitados para apresentar que necessitou de mais esclarecimento a comunidade. Foram dificuldades que foram superadas no decorrer das semanas.

Para o Atendimento Clínico dos Idosos destinamos um turno para as consultas clínicas e atendimento odontológico, sendo que não tivemos dificuldades para implementar esta rotina da UBS/ESF, rapidamente os idosos e equipe adaptaram-se ao agendamento. Durante as consultas realizávamos o exame clínico apropriado para os idosos, solicitávamos os exames complementares para aqueles hipertensos e/ou diabéticos conforme a necessidade, priorizávamos a prescrição de

medicamentos da farmácia popular, os idosos hipertensos eram rastreados para o diabetes e executávamos os devidos registros na caderneta do idoso, na ficha espelho e nos prontuários. Os idosos acamados e com problemas de locomoção conseguimos cadastrar de forma tranquila através de visitas domiciliares analisando a rede social, a fragilização na velhice e avaliação de risco para morbimortalidade para todos, sendo necessária em alguns casos a ajuda da assistente social. Essa experiência foi bem interessante, pois conseguimos nesses casos melhorar o conhecimento sobre cada idoso, o que amplia nossa visão sobre cada um e suas patologias.

O grupo de idosos foi outra dificuldade que enfrentamos, e somente começamos a atividade com o grupo na décima semana de intervenção e acredito que foi nossa principal falha. A área já contava com um grupo de idosos, criado pela Secretaria de Ação Social, porém não eram realizadas ações com a equipe de Atenção Básica da Saúde. Durante a realização do trabalho chegamos a conclusão que deveríamos realizar uma parceria e implementar as atividades no grupo já existente. Reunimos com a assistente social e explicamos sobre o nosso projeto/intervenção com os idosos. Ela já estava com um cronograma das atividades quinzenais do grupo e tentamos nos adaptar, sem muito esforço, pois fomos muito bem recebidos e aceitaram de imediato a parceria. Solicitamos na rádio uma divulgação com o horário e reforçar o convite para as primeiras reuniões do grupo. A falha na execução do grupo antes da décima semana, talvez tenha sido em virtude de focarmos no cadastro de 100% dos idosos, a corrida contra o tempo para a essa execução, além das outras atividades da UBS/ESF que temos que cumprir como os atendimentos clínicos da população e o Programa de Saúde da Escola (PSE), porém apesar de tudo o grupo vai muito bem e com uma boa participação nas nossas reuniões quinzenais. Para finalizar esta etapa do relatório precisamos deixar claro que aquelas ações previstas para orientar os idosos quanto aos hábitos saudáveis de alimentação, necessidade de realizar atividade física regular e as orientações de como cuidar da saúde bucal foram realizadas de forma integral. Lembrando que as orientações eram realizadas para os próprios idosos ou para o seu cuidador conforme a sua classificação de dependência, ou seja, o idoso era independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista deixou de ser realizada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Todos os idosos cadastrados eram inseridos na nossa Planilha de Coleta de Dados, onde todas as informações dos idosos eram colocadas e atualizadas de forma semanal e a cada novo mês da intervenção cadastrávamos os usuários no mês vigente e ocorria a transferência dos dados dos idosos cadastrados no mês anterior para o mês vigente. Foi uma planilha muito simples de ser trabalhada e os dados nela inseridos a qual automaticamente calculava os indicadores. Considero que foi um material de trabalho disponibilizado muito útil e que facilitou muito para a tabulação dos nossos resultados. Em alguns momentos ocorreram problemas de digitação que ocasionavam alterações nos indicadores que ultrapassavam o 100%, sendo estas limitações corrigidas constantemente com o apoio das orientações recebidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações e metas deste Projeto de Intervenção foram incorporadas à rotina da UBS/ESF, ou seja, independentemente da minha presença como médica no serviço, essa melhoria do atendimento para o idoso da área de abrangência será realizada. Nesse aspecto, em várias reuniões, deixei clara à necessidade da equipe, como um todo, fixar tal rotina ao serviço e acredito muito na capacidade da minha equipe em tornar isso possível no decorrer dos dias e anos. Também terão condições de passar para os novos profissionais que virão a trabalhar na UBS/ESF, afinal nossos principais “atores” já aderiram ao Projeto/Intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

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

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

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

Na unidade de saúde Bráz de Souza Barra em Viçosa RN, até o início do Projeto/Intervenção de Melhoria de Atenção à Saúde do idoso, não existia nenhum tipo de atendimento prioritário para os idosos. O atendimento dos mesmos era realizado de acordo com a livre demanda e não existia acompanhamento regular e organizado. Sendo assim, e, obviamente não existiam registros organizados dos atendimentos, a cobertura de quantos idosos estavam sendo atendidos, logo, haviam dúvidas sobre estes quantitativos.

O cadastramento da população idosa da unidade ocorreu durante toda a intervenção, ou seja, durante os doze meses. No primeiro mês, conseguimos uma

cobertura de 67,9%(133), no segundo mês seguimos com 94,6%(189) e no terceiro mês nossa meta foi então cumprida e conseguimos 100%(196). A Figura 1 materializa a evolução da cobertura dos idosos durante os três meses de intervenção.

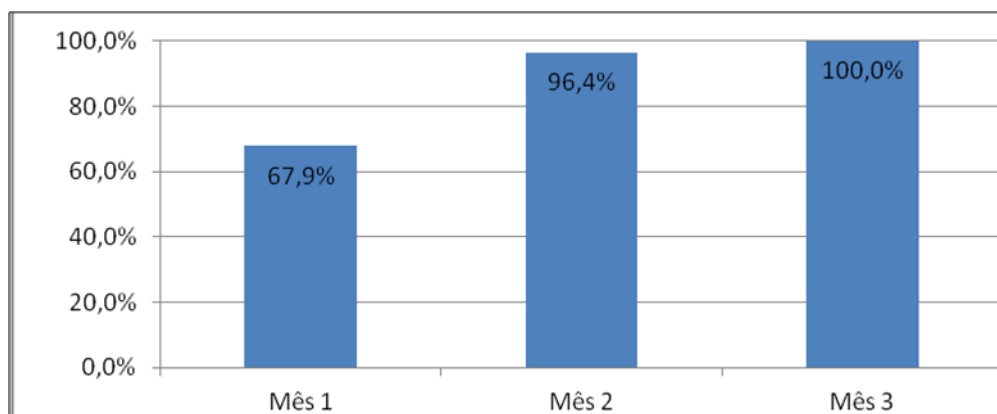


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Bráz de Souza Barra em Viçosa RN.

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

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

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

INDICADOR 2.1: Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

A Avaliação Multidimensional Rápida é um instrumento utilizado para conhecermos o idoso que cadastramos, através de questionamentos sobre a saúde mental, sexualidade, doenças existentes, estado nutricional, dentre outros. Sendo um instrumento de extrema importância para o acompanhamento regular do idoso na unidade de saúde. Conseguimos realizar a Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados durante os três meses de intervenção, onde abordamos 133 idosos no primeiro mês, 189 no segundo e 196 no terceiro mês.

Esta ação era exclusiva da médica da unidade, que durante as consultas procurou valorizar e realizar a avaliação preconizada pelo 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.

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

O exame clínico apropriado é o primeiro passo para o acompanhamento adequado do idoso. A partir dele o profissional consegue observar com cuidado toda e qualquer alteração física e/ou mental, o que é fundamental para o conhecimento daquele paciente que será acompanhado continuamente. Através do exame físico, detectamos doenças preexistentes ou algumas alterações que devam ser visualizadas sejam elas patológicas ou não. Sabendo da importância do exame clínico para conhecer o idoso, marcamos todos os idosos cadastrados para uma primeira consulta médica e odontológica na unidade de saúde, e conseguimos atingir a meta de 100% dos idosos com exame clínico em dia durante os três meses trabalhados. Os valores absolutos foram os mesmos da meta 2.1, ou seja, 133 idosos no primeiro mês, 189 no segundo e 196 no terceiro mês. Para esclarecimento ao leitor e não haver repetição dos valores alertamos que estes números absolutos irão se repetir até a meta 2.4. Logo, não citaremos estes valores para não ficar um texto cansativo para você amigo(a) leitor(a).

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.

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

controle adequado desses usuários. Assim, para 100% dos idosos foram solicitados os exames complementares necessários para o acompanhamento adequado. Neste aspecto não tivemos nenhuma dificuldade para atingir a meta já que contamos com um laboratório de análise clínicas no município e a realização dos exames é rápida e eficaz.

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.

A prescrição de medicamentos para os idosos da farmácia popular é uma realidade que já existia no município. A população é muito carente e sem dúvida é fundamental a existência desse tipo de serviço, e obviamente conseguimos realizá-lo e obter 100% da meta durante os três meses de intervenção.

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.

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção constituem parte dos usuários da unidade de saúde e possuem uma característica importante, pois não possuem autonomia de ir em busca de atendimento e por isso são cuidados em sua maioria por familiares. O acompanhamento desses idosos não existia com regularidade, e começamos realizando o cadastro através de visitas domiciliares. Não tivemos dificuldades para realizar esse cadastro. Os ACSs trouxeram a lista de idosos acamados e foi feita a programação de acordo com as atividades da semana. A principal vantagem da Intervenção foi, sem dúvida, o acompanhamento mais criterioso e os registros na ficha espelho e prontuários, além da avaliação odontológica desses idosos que em sua maioria são aqueles que exigem um cuidado rotineiro em virtude de suas morbidades. No primeiro mês cadastramos 16

idosos, um número que representa 76% do total; logo no segundo mês chegamos aos 21 idosos que representa 100% do total, atingindo uma das metas que a equipe se dedicou e que colocou como prioritária.

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.

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados, todos durante as visitas domiciliares. Portanto, uma meta que foi alcançada em todos os meses e em 100%. Como relatado na meta 2.5, no primeiro mês foram visitados 16 idosos e no segundo mês, correspondendo a totalidade de idosos acampados, ou seja, 21.

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

INDICADOR 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

A verificação da pressão arterial é um procedimento importante e faz parte da avaliação de risco (ou triagem) e do exame físico nas consultas médicas em qualquer serviço de saúde. Em nossa unidade de saúde a verificação da pressão arterial é realizada rotineiramente, e principalmente quando atendemos idosos, um público mais vulnerável. Certamente uma meta facilmente alcançada, não encontramos qualquer dificuldade e atingimos 100% de verificação de pressão arterial nas consultas em todos os meses de intervenção (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

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.

Os idosos hipertensos que foram avaliados na unidade de saúde e apresentavam fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças o acompanhamento desses usuários deve ser semestral segundo o Ministério da Saúde. Assim como a solicitação de exames laboratoriais para rastreamento de outras patologias como diabetes, dislipidemia, insuficiência renal etc. Sabendo a importância desse rastreamento, realizamos os exames laboratoriais em 100% dos Hipertensos atendidos na unidade, em todos os meses da intervenção (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

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.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi uma preocupação da equipe desde o início da intervenção. Inicialmente a avaliação foi realizada durante o cadastramento no espaço da creche do município, por um profissional da equipe, porém que saiu da UBS/ESF. De início ficamos apreensivos com o déficit da profissional odontóloga, principalmente pela sua competência, porém na semana seguinte uma outra profissional veio fazer parte da equipe e logo “adotou” a intervenção com toda responsabilidade possível e realizou a avaliação em 100% do idosos. Detectamos que a maior parte dos idosos não possuem mais os dentes, porém é de suma importância a avaliação para detectar doenças diversas da boca e encaminhar para o serviço de próteses do município mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

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

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

As consultas odontológicas programáticas foram organizadas de forma que o idoso chegando à unidade de saúde para consulta médica, já realizasse a consulta

odontológica. Organizamos uma agenda, com um turno específico destinado aos idosos, e durante o cadastramento, incluindo as visitas domiciliares, agendamos dia e hora das consultas. No primeiro mês obtivemos um total de 128 idosos cadastrados (96,2%). No segundo mês da intervenção 97,9% (189) idosos realizaram a primeira consulta odontológica e ao final do terceiro mês atingimos a meta de 100%(196).

OBJETIVO 3: Garantir a adesão dos idosos ao Projeto de melhoria da saúde.

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

INDICADOR 3.1: Proporção de idoso faltosos às consultas que receberam busca ativa.

No início da intervenção, já no treinamento com a equipe, foi estabelecida a importância do trabalho dos ACS para, incluindo a preparação da lista com os nomes dos idosos que participariam da intervenção. Uma das funções mais importantes é realmente a busca ativa dos idosos faltosos às consultas, e graças ao trabalho e esmero dos ACS conseguimos atingir nossa meta de 100%. No primeiro mês nenhum idoso faltou à consulta. No segundo e terceiro meses 4 idosos não compareceram e foi realizada 100% de busca ativa, conforme Figura 2.

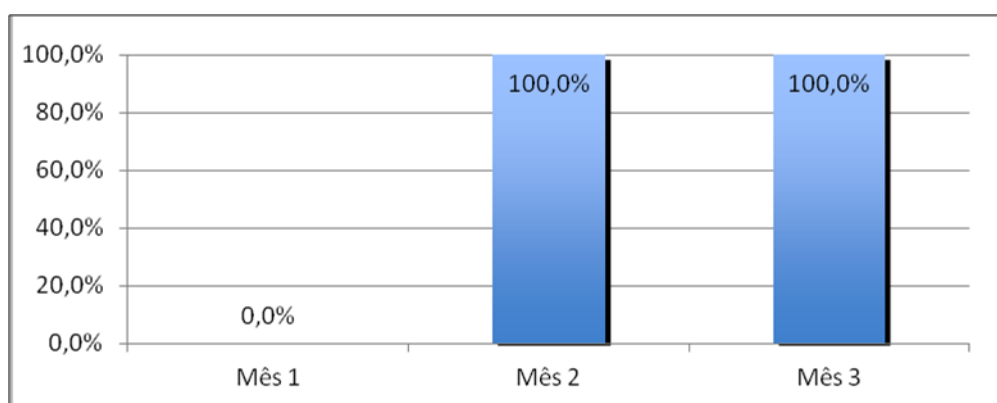


Figura 2: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

OBJETIVO 4: Organizar os registros de todos os idosos, através de ficha espelho e livros de registros para o total controle das ações e consultas periódicas, facilitando a busca ativa de faltosos;

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

INDICADOR 4.1: Proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia.

A ficha espelho é um instrumento de trabalho criado para realizar anotações e dados sobre as avaliações, consultas e exames dos idosos acompanhados na unidade de saúde. Sendo um instrumento de suma importância para a qualidade do serviço de atendimento dos idosos, seja no período da intervenção, ou seja, no decorrer dos 3 meses da intervenção ou na a longo prazo no pós intervenção, pois permite o registro adequado e facilita para o profissional médico e equipe que estão utilizando tal instrumento. Realmente foi introduzida na unidade de saúde uma melhoria da atenção à saúde do idoso, e dessa forma, a ficha espelho foi utilizada em 133 idosos no primeiro mês, 189 no segundo e 196 no total ao final do terceiro mês, o que representa 100% dos idosos em todos os meses.

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.

A caderneta de saúde da pessoa idosa é um instrumento criado pelo Ministério da Saúde para auxiliar o usuário e a equipe de saúde no acompanhamento dos idosos. A caderneta contém dados do idoso, como medicações de uso, dados pessoais e do cuidador, anotações de pressão arterial e agendamentos de consultas. A caderneta já existia no município e praticamente todos os idosos já haviam recebido. Os poucos idosos que detectamos a falta da caderneta foi solicitada à Secretaria de Saúde onde se tinha disponíveis. Dessa forma 100% (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196) dos idosos receberam a caderneta do idoso, atingindo a meta sem grandes dificuldades.

OBJETIVO 5: Assegurar o rastreamento dos idosos, quanto aos riscos aumentados de morbimortalidade e de fragilidades, garantindo o atendimento prioritário e frequente aos mesmos.

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.

A morbimortalidade em idosos é alta em virtude das patologias crônicas, do próprio envelhecimento, assim como os fatores externos, como quedas e traumas físicos. A avaliação dos idosos engloba o rastreamento de patologias com exames laboratoriais, exame físico cuidadoso e análise da rede social. Na unidade de saúde não existia nenhum controle ou registro sistemático desse cuidado com os idosos. A partir do início da intervenção estudamos a necessidade dessa avaliação e foi realizada em todos os idosos atendidos. No primeiro mês com 133 idosos (100%), no segundo mês um total de 189 idosos (100%) e no terceiro mês fechamos um total de 196 idosos (100%). Esta meta foi possível atingir com o trabalho dedicado do enfermeiro e da médica.

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.

Os idosos possuem fragilidades fisiológicas pelo próprio processo de envelhecimento. São pessoas com musculatura mais frágil, com maiores riscos de quedas por desequilíbrio estrutural, vertigens, hipotensão postural, e principalmente entre os idosos estão um número considerável de patologias psiquiátricas como a depressão. Esse fato é devido à mudança de rotina e a perda considerável das habilidades para a realização de suas atividades habituais. Todo esse contexto foi analisado pela equipe, e realizamos essa avaliação em todos os idosos que participaram da intervenção. Em alguns foi necessária intervenção imediata e ajuda da Secretaria de Ação Social. Nesta meta alcançamos os 100% (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

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

INDICADOR 5.3: proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

A rede social dos idosos engloba o ambiente em que vivem, o espaço físico, seus familiares e cuidadores. Observamos que até a implantação da intervenção não existia nenhum cuidado ou preocupação da unidade de saúde para avaliação da rede social, o que é fundamental para entender algumas patologias e melhorar a possibilidade do diagnóstico. Em nossas visitas observamos maus tratos, alcoolismo, pobreza extrema, idosos sem cuidadores; o que foi fundamental para o estabelecimento de algumas condutas e mesmo aperfeiçoar a equipe e conseguir detectar eventuais problemas, importante para o seguimento dessa avaliação como rotina em nossa unidade. Conseguimos realizar em 100% dos idosos cadastrados essa avaliação, 133 no primeiro mês (100%), 189 no segundo mês (100%) e 196 no terceiro mês (100%); alguns de forma mais sistemática em visitas outros pela pesquisa e olhar dos ACS e entrevistas com o próprio idoso.

OBJETIVO 6: Realizar ações de promoção e prevenção de agravos, com ênfase em orientação dietética, prática regular de exercício físico e saúde bucal.

METAS 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 saudáveis.

A orientação nutricional é uma atividade que já fazia parte da rotina da unidade de saúde. Com o início da intervenção inserimos como uma atividade sistematizada, com o apoio da nutricionista do NASF. Fizemos avaliação e orientação nutricional durante o cadastro de todos os idosos, e a orientação nutricional, sempre com a necessidade de realizar a atividade rotineiramente dada a importância de hábitos alimentares saudáveis, em especial para idosos que representa a população alvo de nossa intervenção. Para a equipe foi estabelecida a meta de 100% e sem grandes dificuldades atingimos. No primeiro mês com 133 idosos (100%), no segundo mês um total de 189 idosos (100%) e no terceiro mês fechamos um total de 196 idosos (100%).

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 de atividade física regular.

A orientação sobre atividade física era uma atividade já implementada na unidade de saúde. Os profissionais do NASF, educador físico e fisioterapeuta realizam atividades físicas com grupos específicos, incluindo um grupo de idosos. A orientação de atividade física regular foi dada nas consultas de rotina em todos os idosos, além de projetos de incentivo, com folhetos, ações de rua, orientações em sala de espera. Ao cadastrar cada idoso no início da intervenção conseguimos realizar essa orientação individualizada e sem dificuldades atingimos a meta pré-estabelecida de 100% (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

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

INDICADOR 6.3: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

A orientação dos cuidados de saúde bucal, de forma individualizada foi uma atividade realizada de forma sistemática de acordo com o cadastro dos idosos. A meta de orientação, inicialmente com um profissional e após sua saída com a nova odontóloga, foi facilmente realizada dada sua relevância nesse público e dedicação de ambos os profissionais. Sabemos a importância e fatores de risco de algumas doenças bucais e suas complicações sistêmicas, por exemplo, cardiovasculares, principalmente em idosos. Nesse contexto a realização dessa ação foi categorizada e realizada em todos os idosos de forma simples e prática, seja com os idosos e/ou familiares durante as visitas domiciliares ou na unidade. Mais uma vez a meta foi atingida (mês 1=133; mês 2=189 e mês 3=196).

Para finalizar a descrição de nossos resultados, salientamos a importância da intervenção para esta comunidade, pois resultados expressivos foram alcançados com o desenvolvimento da intervenção.

4.2 Discussão

O Projeto de Intervenção de Melhoria da Saúde do idoso na UBS/ESF de Viçosa/RN, foi uma escolha da Equipe de Saúde da Família da UBS/ESF Bráz de Souza Barra, em virtude de não existir um atendimento organizado e um acompanhamento adequado dos idosos da nossa área de abrangência, apesar da importância que é exigida quando se fala em Idoso. Com a intervenção conseguiu-se realizar um trabalho voltado para os idosos, de forma a amplificar e melhorar o atendimento na unidade de saúde. Após a implantação do Projeto na rotina do serviço, a equipe consegue acompanhar os idosos de forma regular e organizada, o atendimento é prioritário com o devido controle e registros dos mesmos além de visitas domiciliares sistematizadas.

A cobertura foi ampliada para 100%(196) idosos, os registros melhoram muito, sendo que atingimos a meta de 100%, ou seja, os registros foram realizados para todos os idosos cadastrados e pertencentes a área de abrangência. Como destaque da qualificação da atenção foram as metas atingidas em 100% (196 idosos receberam atenção integral) de outros indicadores como: idosos com avaliação multidimensional rápida, idosos com exames clínico apropriado em dia, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares em dia, a prescrição de medicamentos foi direcionada prioritariamente para a farmácia popular, os idosos acamados foram cadastrados e receberam visita domiciliar (21 idosos), todos os idosos receberam a verificação da pressão arterial na última consulta bem como aqueles hipertensos (67 idosos) foram rastreados para diabetes, receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e realizaram a primeira consulta odontológica com a dentista, 4 idosos faltaram as consultas programáticas os quais receberam busca ativa realizada pelos ACS, receberam a Caderneta do Idoso, foi realizada a avaliação de risco, de fragilidade na velhice e todos receberam as orientações sobre alimentação

saudável, da necessidade de atividade física regular e sobre a manutenção da saúde bucal.

A Capacitação dos profissionais de saúde da unidade de saúde foi realizada através do protocolo de saúde do idoso do Ministério da Saúde e foi realizada nas primeiras semanas da intervenção durante as reuniões. Desta forma foi possível conscientizar a equipe da grande importância para que o atendimento dos usuários seja realizado por toda a equipe, não somente na figura da médica, como acontecia anteriormente. O Educador físico do NASF realizava as medidas antropométricas (peso e altura), uma técnica de enfermagem verificava PA, a nutricionista do NASF realizava a avaliação nutricional, o odontólogo e a técnica em saúde bucal realizavam a avaliação inicial de saúde bucal e agendavam as primeiras consultas, outra técnica de enfermagem em uma sala individual, realizava o MINI MENTAL e a enfermeira aplicava a Escala de Depressão Geriátrica, enquanto eu em outro espaço, realizava a Análise Multidimensional Rápida e já agendava a próxima consulta; os ACSs realizavam o acolhimento do idoso e organizavam as filas, encaminhando-os para os setores de avaliação.

Conseguimos através da intervenção fazer com que o trabalho acontecesse em equipe havendo o engajamento satisfatório de todos pela melhoria da assistência aos idosos na unidade. A equipe conclui, sem dúvida, esta fase do trabalho de forma muito consciente e feliz que todos devem ter a mesmo objetivo, ou seja, de dar continuidade ao atendimento com qualidade e que todos serão propagadores da ação programática para outros profissionais que virão a trabalhar na unidade.

Para o início da intervenção foi realizado o contato com as lideranças comunitárias e através do programa na Rádio local divulgamos o Projeto. Logo, no início tivemos uma excelente adesão do público alvo e também com o trabalho de excelência dos ACSs conseguimos realizar o cadastramento de todos os idosos dentro do cronograma estabelecido. Atualmente seguimos o serviço com a satisfação do usuário, cientes através de comentários informais durante os atendimentos, e a satisfação dos familiares desses idosos, com a melhoria da assistência. Os resultados, sem dúvida, serão a longo prazo, porém acreditamos nesse trabalho e o quanto trará benefícios para todos os usuários.

A intervenção poderia ter sido melhor executada se desde o início o grupo de idosos tivesse funcionado. Reunir os idosos periodicamente e realizar um trabalho de promoção é de extrema importância. Observamos no decorrer das reuniões, que cada vez mais eles interagem com a equipe durante as atividades que eram proporcionadas. O resultado foi sempre visível, com o empenho dos idosos em realizar a dieta, usar as medicações para Hipertensão, Diabetes e outros agravos crônicos, praticar atividade física, controlar o peso, e, sem dúvida, todos melhoraram o bem estar e saúde mental.

O trabalho de melhoria da Assistência a Saúde dos Idosos, é um ação que já faz parte da rotina do serviço. Gostaríamos de salientar que o trabalho em equipe e o vínculo desenvolvido com a população favoreceu o trabalho como um todo. Os próximos passos serão a manutenção desse da intervenção na unidade de saúde, com o devido cuidado nos registros, ficha espelho, visitas domiciliares sistematizadas, o funcionamento contínuo do grupo, busca ativa de novos idosos, informação contínua sobre o nosso trabalho na sala de espera, e principalmente manter na equipe o desejo de dar essa continuidade, fazendo um trabalho de excelência, e com a responsabilidade de ser propagador a intervenção para os próximos da equipe.

Para finalizar, pensamos em programar uma intervenção nos mesmos moldes para os hipertensos e diabéticos, pois segue uma linha de cuidado que envolve muitos os idosos. Dessa forma, teríamos maior chance manter a ação para os idosos agregando os hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores!

É com muita satisfação que estamos aqui para conversar um pouco sobre o trabalho/intervenção que estamos fazendo em nossa UBS/ESF. Então!

O Projeto de Intervenção de Melhoria da Saúde do Idoso na UBS/ESF de Viçosa/RN, constituiu-se no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade de Pelotas (UFPel) integrado à Universidade Aberta do SUS (UNSUS). A Saúde do Idoso como foco em discussão foi uma escolha da Equipe de Saúde da Família da UBS/ESF Bráz de Souza Barra, em virtude de não existir um atendimento organizado e um acompanhamento adequado dos idosos da nossa área de abrangência, apesar da importância que é exigida quando se fala em Idoso.

Planejamos a intervenção e com o material disponibilizado pelo curso, organizamos o nosso material de trabalho, com a ficha espelho e planilha de coleta de dados. Compomos um cronograma o qual teríamos que seguir. Em uma reunião apresentei o Projeto à equipe, explicando os objetivos e metas do mesmo e com o Caderno de Atenção Básica sobre Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, fizemos uma leitura dos principais pontos que iríamos trabalhar para capacitar a equipe com relação aos procedimentos que iríamos realizar. Nas reuniões iniciais realizamos o planejamento sobre a divulgação da intervenção nas mídias locais como a rádio e os blogs, além da divulgação na sala de espera da UBS/ESF, e finalmente planejamos o cadastro dos idosos.

As atividades na forma de cronograma foi apresentada a gestão, e solicitado a impressão do material de trabalho e caderneta do idoso, o qual rapidamente nos foi entregue. Este cronograma nos direcionou para o cumprimento das atividades, o qual detalhava o tempo destinado para cada ação e meta. Fazendo um parêntese, gostaríamos de agradecer o apoio da gestão com relação ao material enviado – cópias das fichas espelhos e caderneta dos idosos.

O Cadastramento de todos os idosos da área adstrita á UBS/ESF, apesar das dificuldades enfrentadas, por questões de logística e de grande demanda de tempo, foi conseguido em tempo hábil, o que proporcionou à equipe um grande entusiasmo pelo dever cumprido, e cada vez mais um engajamento para que a intervenção continuasse como rotina da UBS/ESF. Enfrentamos algumas dificuldades durante a realização da intervenção, como: reorganizar a agenda da UBS/ESF, o pedido de demissão do Odontólogo, a licença maternidade da enfermeira, a chegada dos novos profissionais e, a adesão dos idosos. Recebemos reclamações quanto à demora em realizar o cadastramento, o turno escolhido, outros reclamaram em relação à distância de suas casas até a creche (local escolhido para reunir os idosos). Muitos achavam que eu, a médica, estava ali para realizar atendimento médico e traziam receitas para renovar, exames solicitados para apresentar que necessitou de mais esclarecimento a comunidade. Foram dificuldades que foram superadas no decorrer das semanas.

Para o Atendimento Clínico dos Idosos, destinamos um turno para as consultas clínicas e atendimento odontológico, de forma agendada e prioritária. Durante as consultas realizávamos o exame clínico apropriado para os idosos, solicitávamos os exames complementares para aqueles hipertensos e/ou diabéticos conforme a necessidade, priorizávamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, os idosos hipertensos eram rastreados para o diabetes e executávamos os devidos registros na caderneta do idoso, na ficha espelho e nos prontuários. Os idosos acamados e com problemas de locomoção, conseguimos cadastrar, através de visitas domiciliares, analisando a rede social, a fragilização na velhice e avaliação de risco para morbimortalidade para todos, sendo necessária em alguns casos a ajuda da assistente social. Essa experiência foi bem interessante, pois conseguimos nesses casos melhorar o conhecimento sobre cada idoso, o que amplia nossa visão sobre cada um e suas patologias.

Inserimos os idosos no grupo de idosos já existente na área, apesar das dificuldades e atraso, porém foi implementado, e as reuniões ocorrem quinzenalmente, onde realizamos aquelas ações previstas para orientar os idosos quanto aos hábitos saudáveis de alimentação, necessidade de realizar atividade física regular e as orientações de como cuidar da saúde bucal, uso rotineiro das medicações prescritas e a importância da adesão do idoso à intervenção para dar continuidade. Gostaríamos de evidenciar, neste momento, que todos os idosos (196/100%) que participaram da intervenção receberam as informações já expressadas bem como as avaliações de risco e prescrições medicamentosas direcionadas para a farmácia popular.

Atualmente contamos com 196 idosos inseridos na intervenção de melhoria da assistência à Saúde do idoso, com um modelo de organização na UBS/ESF de todos os registros, com ficha espelho, prontuários, livros de registros, um turno específico de atendimento para esse tipo de usuário, visitas domiciliares sistematizadas e regulares, um grupo de idosos em atividade, e usuários bem satisfeitos com os atendimentos. A equipe da UBS/ESF em parceria com a equipe do NASF segue na nova rotina com bastante engajamento, cientes de que a intervenção deve permanecer incorporada à rotina de atendimento, o qual deve ser realizado por toda a equipe, que já foi capacitada para tal, e sem dúvida, cientes da responsabilidade de propagadores para novos colegas que entrem no serviço.

Os resultados, sem dúvida, serão a longo prazo, porém acreditamos nesse trabalho e o quanto trará benefícios para todos os usuários. Também, somente conseguimos realizar esse trabalho, devido ao apoio que nos foi dado desde o início pela gestão do município, pelo engajamento da equipe, com seu trabalho educativo permanente e dos idosos por acreditarem no nosso trabalho e aderirem de forma muito satisfatória ao que lhes foi ofertado. Deixo aqui meu sinceros agradecimentos à gestão pelo apoio de sempre e esperamos que possam nos apoiar em outras ações programáticas para esta UBS/ESF. Para finalizar deixo duas figuras ilustrativas para materializar os nossos resultados.

Na Figura 1 verifica-se que no primeiro mês, conseguimos uma cobertura de 67,9%(136), no segundo mês seguimos com 94,6%(189) e no terceiro mês nossa meta foi então cumprida e conseguimos 100%(196).

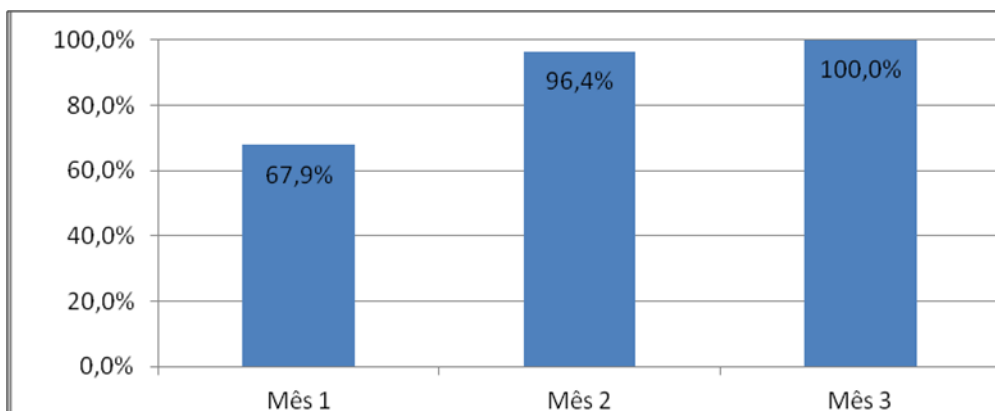


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Bráz de Souza Barra em Viçosa RN.

A Figura 2 expressa que no primeiro mês da intervenção nenhum idoso faltou à consulta programática. No segundo e terceiro meses 4 idosos não compareceram e foi realizada 100% de busca ativa, ou seja, os quatro idosos foram visitados e posteriormente compareceram à consulta.

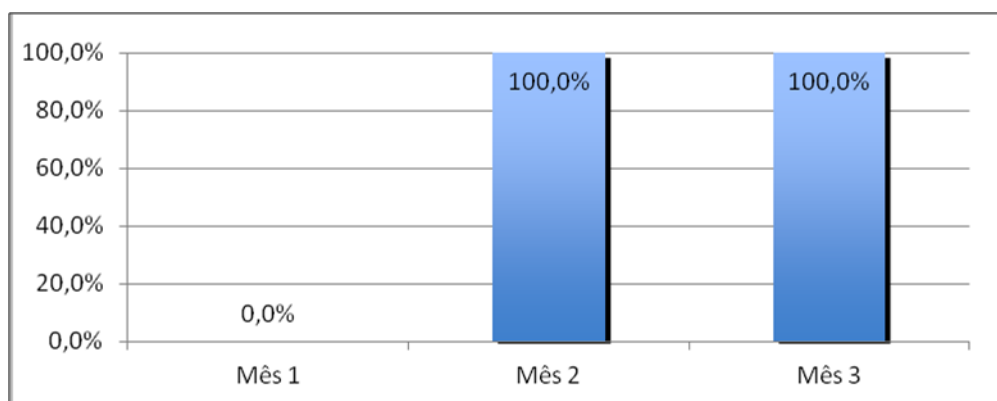


Figura 2: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Muito Obrigada!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A equipe de Saúde da Unidade Básica Bráz de Souza Barra apresentou há alguns meses à comunidade de Viçosa RN um Projeto de intervenção para a melhoria da assistência à saúde aos usuários idosos, através da mídia local, sala de espera da UBS/ESF e visitas pelos Agentes Comunitários de Saúde. A intervenção teve como objetivo geral atender de forma satisfatória e organizada demanda dos idosos da área de abrangência da UBS/ESF, com a finalidade de promoção e prevenção de doenças e diminuição de mortes por doenças evitáveis.

Para a intervenção ser incorporado à rotina da UBS/ESF, necessitamos do apoio da gestão do município, de toda a equipe de saúde e sem dúvidas da adesão dos idosos, além do incentivo dos familiares, o que foi alcançado em 100% conforme as metas preconizadas em nosso projeto de intervenção. Atualmente contamos com 196 idosos cadastrados o que representa 100% de idosos pertencentes à área de abrangência, sendo que vinte e um são acamados ou com dificuldades de locomoção, todos cadastrados no decorrer dos meses por toda a equipe de saúde.

A partir da intervenção, o idoso cadastrado conta com um atendimento prioritário pela equipe, com turno específico de atendimento médico e odontológico, destinado para os mesmos. Todos os procedimentos realizados são registrados na caderneta de idoso para formar uma base de dados com registros fidedignos. Os registros também são realizados em fichas individuais (fichas espelho) e nos prontuários, nos quais mantemos o controle de exames laboratoriais e anotações de exame clínico e mental, tudo de forma sistemática para que o atendimento seja de excelência.

Criamos um grupo de idosos a fim de conversarmos quinzenalmente sobre alimentação saudável, exercício físico, prevenção, complicações e tratamentos de doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes, a importância do uso rotineiro das medicações, e principalmente ações que visam o bem estar dos idosos.

A equipe de saúde foi capacitada para realizar um trabalho de implementação no serviço de saúde, porém com o dever e a responsabilidade de dar continuidade como um serviço de rotina na UBS/ESF, um trabalho continuado deve ser realizados e os componentes da equipe estão cientes do dever como propagadores da intervenção para novos colegas que vierem a fazer parte da equipe. Entretanto, para que isso seja possível, necessita-se de muito da adesão dos idosos e do apoio da comunidade, também, como propagadores do serviço, a fim de realizarmos sempre um trabalho buscando à excelência. Nossos agradecimentos a toda comunidade pelo apoio e palavras de incentivo sempre.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família da UFPel foi sem dúvida de grande aprendizagem e evolução profissional. Inicialmente um curso à distância, e que por isso poderia não necessariamente ter a qualidade que possui. Com muita responsabilidade tentei compreender o Projeto Pedagógico do curso, já que desde o início me surpreendia com a quantidade de atividades e cobranças sérias de prazo de entrega.

Na vida corrida que tenho, nem sempre cumpri meu papel de especializanda como gostaria de tê-lo cumprido. Carga horária excessiva de trabalho, outros estudos, vida pessoal, filhos, e que muitas vezes me fizeram pensar em desistir, afinal não estava sendo a aluna que gostaria. Felizmente não o fiz, graças ao orientador Flávio Renato Reis de Moura, que soube demonstrar toda paciência com as minhas ausências e me recebia sempre que eu retornava com palavras de incentivo.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser de todos da minha equipe e dos usuários da UBS/ESF. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde e do NASF, consegui que abraçassem o Projeto de Intervenção com todas as forças e seguimos naquela pequena cidade de Viçosa RN, com menos de 2.000 habitantes, com o intuito de melhorar a Saúde do Idoso naquela área de abrangência.

Achei que realizar a intervenção na UBS/ESF Bráz de Souza Barra não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto diante de outras demandas da UBS/ESF, tivemos profissionais afastados, problemas pessoais, feriados prolongados, e idosos com dificuldades em aderir ao Projeto. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados já alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado, o qual sem dúvida foi meu melhor ganho.

Para minha prática profissional o curso trouxe possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da Atenção Primária em Saúde, através do conteúdo programático do curso e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe diante dos usuários idosos. Sem dúvida alguma, passei a conhecer melhor cada usuário acompanhado, ampliei meu conhecimento da rede social que os cercava em cada visita domiciliar, necessitei de ajuda multiprofissional, que gerou laços e melhoria do trabalho em outros aspectos na UBS/ESF, e finalmente observei o resultado da intervenção com cada elogio e agradecimentos recebidos pela equipe, seja do usuário, familiares ou da gestão.

Apreendi a importância do planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Atenção Primária em Saúde, do agendamento, dos registros que devem ser mantidos, os grupos e suas práticas educativas e principalmente da importância do cuidado continuado para que os bons projetos sejam inseridos e mantidos como rotina de trabalho.

Referências

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2006; 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010; 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

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
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;


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


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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1										
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso está com problemas de saúde?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									

Anexo C - Ficha espelho





Especialização em Saúde da Família

 Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

FICHA ESPELHO

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

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

CONSULTA CLÍNICA												
Para portadores de HAS e/ou DM												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ³)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Tem fragilidade?	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Data da próxima consulta
					Framingham	Lesões órgão alvo						