

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Nova Natal, Natal / RN

Beatriz San Duany

Pelotas, 2016

Beatriz San Duany

Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Nova Natal, Natal / RN

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

Orientadora: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

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

D812m Duany, Beatriz San

Melhoria da Atenção a Saude de Idosos da UBS Nova Natal,
Natal/RN / Beatriz San Duany; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a).
- Pelotas: UFPel, 2016.

93 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Ferreira, Fabiana Vargas,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À minha família pelo apoio;

À equipe pela dedicação;

À orientadora por ter me ajudado durante todo o curso;

Aos usuários e suas famílias.

Resumo

DUANY, Beatriz San. **Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Nova Natal, Natal / RN**. 2016. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento populacional é uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, porém, permanecem desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida, como a falta de um cuidado sistematizado aos idosos. O trabalho de conclusão da Especialização em Saúde da Família objetivou apresentar a intervenção realizada no serviço de saúde para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Nova Natal, localizada em Natal / RN. Para aumentar a cobertura bem como qualificar as ações realizadas pela equipe para os idosos, realizou-se uma intervenção que teve duração de 12 semanas. Os instrumentos utilizados na intervenção foram o Manual do Ministério da Saúde, a ficha espelho e planilha de coleta de dados. Realizamos ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização da gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. A estimativa de idosos em toda a área era de 2100. Nem todos eram acompanhados adequadamente pelo Programa da Unidade de Saúde; os registros eram inexistentes e/ou inadequados dificultando o monitoramento das ações e não havia engajamento público. Após a intervenção, cadastramos 390 idosos (18,6% de cobertura). Realizamos avaliação multidimensional, exame clínico, rastreamento para Hipertensão e Diabetes, registro e orientações (alimentação saudável, prática de atividade física regular e higiene bucal) para todos os usuários participantes da Intervenção. Pelo trabalho desenvolvido, conseguimos qualificar o serviço mediante a atenção e assistência baseada em protocolo oficial, a equipe ficou mais fortalecida e unida, bem como os usuários estão mais satisfeitos com o trabalho realizado.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Encontro com a população e participação da equipe	59
Figura 2	Atividade de educação, prevenção e promoção à saúde	60
Figura 3	Atividade com colaboração do Fisioterapeuta e Educador Físico	61
Figura 4	Atividade com usuários – alimentação saudável	61
Figura 5	Jornada Novembro Azul	62
Figura 6	Sala de Espera	62
Figura 7	Palestra no ônibus realizada pela técnica de Enfermagem	63
Figura 8	Espaço da Igreja Católica	64
Figura 9	Realização das Visitas Domiciliares	64
Figura 10	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso	69
Figura 11	Proporção de idosos com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia	69
Figura 12	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	70
Figura 13	Proporção de idosos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	72
Figura 14	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	74
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação da mucosa bucal	74
Figura 16	Proporção de idosos com avaliação da prótese dentária	75
Figura 17	Proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia	76
Figura 18	Proporção de idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	77
Figura 19	Proporção de idosos com a avaliação de risco para a morbimortalidade	78
Figura 20	Proporção de idosos com avaliação para fragilidade na velhice em dia	78
Figura 21	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	79
Figura 22	Proporção de idoso com orientações sobre alimentação, atividade física e higiene bucal	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AME	Atenção Médica Especializada
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CP	Exame citopatológico
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística	54
2.3.4 Cronograma	57
3 Relatório da Intervenção	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	66
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	66
4 Avaliação da intervenção	68
4.1 Resultados	68
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86
Referências	87
Anexos	88

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos Idosos no município de Natal, RN na Unidade de Saúde Nova Natal.

O volume está organizado em sete 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 apresentando o município ao qual pertence a Unidade Básica de Saúde em questão, a descrição da Unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2 e contém: a justificativa para desenvolver o trabalho, os objetivos e as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

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, discussão dos resultados obtidos e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na quinta seção, temos o relatório destinado aos gestores; na sexta o relatório para a comunidade e finalmente, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Após esta seção estão apresentadas as referências e os anexos que são compostos pelo material utilizado como apoio durante a intervenção e disponibilizados pelo curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) tem o nome de "Nova Natal", localiza-se na cidade de Natal, área urbana, no Rio Grande do Norte (RN). A população da área de abrangência é de 22,000 habitantes. A UBS Nova Natal é uma Estratégia Saúde da Família (ESF). A Unidade está composta por seis equipes compostos pelos seguintes profissionais: 5 médicos do Programa Mais Médicos, 3 médicos que realizam plantão, 6 enfermeiras, 8 técnicas de enfermagem, 30 agentes comunitários de saúde (ACS), 4 dentistas e 4 auxiliares de saúde bucal, 1 secretária, 1 gestora, 2 trabalhadores da Farmácia, 4 trabalhadores da limpeza, 4 agentes de segurança e 1 auxiliar de copa/cozinha.

Em relação à estrutura física, podemos dizer que é adequada e consegue oferecer boas condições aos usuários. As dificuldades que existem envolvem as barreiras arquitetônicas, pois não temos barras de apoio para os usuários com limitações. Em relação a equipamentos / instrumentos, temos material para medir peso das crianças e adultos, autoclave e estufa para esterilização, temos materiais para curativos, coleta de material citopatológico e vacinas. Para o atendimento odontológico, só temos duas cadeiras e estão em quantidade insuficiente; além disso, faltam materiais para os tratamentos dentários (restaurações).

Temos internet na UBS, porém, a conexão é lenta e dificulta a marcação das consultas e outros serviços. O uso do computador pelos profissionais é limitado porque é muito grande a demanda para o seu uso; além disso, não podemos participar ativamente do telessaúde e isso nos auxiliaria no diagnóstico e tratamento das doenças dos usuários.

Em relação aos medicamentos, a entrega é muito demorada e a quantidade é insuficiente. Como positivo, temos a disposição vacinas em quantidade suficiente para a população. Não realizamos testes diagnósticos de gravidez.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A população de Natal, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, é de 862,044 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 habitantes/km² e é o sétimo mais populoso da região Nordeste. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços de várias áreas, como na educação e saúde (IBGE, 2014).

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, o município tem 60 Unidades, sendo que 25 são ESF. Temos 5 Policlínicas, 9 Clínicas Especializadas, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), existem dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), favorecendo a atenção e assistência na área de saúde bucal, 1 Centro de Referência de Atenção ao Idoso, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2 Unidades Mistas/Maternidade, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Hospital Geral, 2 Hospitais Federais, 6 Hospitais Estaduais, 1 Hospital Municipal e 3 Hospitais Filantrópicos.

Eu trabalho na UBS Nova Natal, no norte da cidade de Natal no Rio Grande do Norte, que pertence a zona urbana, é vinculada ao Ministério de Saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foi construída há 10 anos, antigamente funcionava como Atenção Médica Especializada (AME) e faz 6 anos mudou para ESF. A população total da área de abrangência é de 22,000 pessoas, segundo o último cadastro realizado no ano de 2013. Oferecemos atendimento à população mais carente da cidade, com poucos recursos econômicos e materiais; além disso, temos problemas ambientais, como o abastecimento da água ser deficiente.

A Unidade está composta por seis equipes compostos pelos seguintes profissionais: 5 médicos do Programa Mais Médicos, 3 médicos que realizam plantão, 6 enfermeiras, 8 técnicas de enfermagem, 30 agentes comunitários de saúde (ACS), 4 dentistas e 4 auxiliares de saúde bucal, 1 secretária, 1 gestora, 2 trabalhadores da Farmácia, 4 trabalhadores da limpeza, 4 agentes de segurança e 1 auxiliar de copa/cozinha.

Em relação à estrutura, temos, aproximadamente, 30 salas, sendo 14 destinadas à consulta, 1 de Direção e Administração, 1 para os ACS, 1 Farmácia, 1 sala para vacinas, 1 sala para curativos, 1 sala para esterilização, 1 sala para realização do teste do pezinho, 1 para Almojarifado, 1 sala de preparo, 4 banheiros (2 para os trabalhadores e 2 para usuários), 1 Copa/cozinha, 1 sala para o material de limpeza, 1 sala para Exame Citopatológico (CP), um salão para Atividades Coletivas, dois corredores, com salas de espera e uma sala para Arquivos.

Podemos mencionar que a estrutura física está próxima ao estabelecido no Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde. O que dificulta a movimentação é que atendemos a população também fora da área de abrangência. Mesmo a estrutura ser boa, temos a presença de barreiras arquitetônicas, pois não temos barras de apoio e corrimões para garantir o acesso da população com limitações; também não temos sinalização que favoreça a comunicação. Em relação aos equipamentos e instrumentos, temos que melhorar ainda, pois muitas vezes, faltam mesas para a realização de exames e procedimentos, por exemplo, balanças não calibradas corretamente e isso dificulta a avaliação nutricional; não temos glicosímetro para a avaliação do usuário com Diabetes que tenha descompensação. Em relação ao atendimento odontológico, temos 6 equipes e somente dois consultórios, o que limita o atendimento aos usuários, além disso, faltam materiais para os procedimentos de urgência, clínicos e para confecção de prótese.

Em relação às atribuições dos profissionais, a atuação é ótima e há realização de identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Os profissionais da UBS respeitam os fluxos de referência; utilizam os protocolos quando os usuários são encaminhados a outros níveis de atenção, mas existem dificuldades no acompanhamento dos mesmos. Como sugestão, acredito que seja interessante estabelecer um contato telefônico da equipe de referência para a equipe do município com informações sobre alta do usuário, estado de saúde e indicações médicas para a continuidade dos cuidados.

Em relação à população da área adstrita: temos 22,000 habitantes, segundo a avaliação realizada em 2013. Em relação às mulheres em idade fértil são 6490; 4676 mulheres de 25 a 64 anos de idade; 1336 mulheres de 50 a 69 anos; 323 menores de um ano; 2100 indivíduos com 60 anos ou mais; 4483 indivíduos com Hipertensão e 1296 com Diabetes *mellitus*. É preciso atualizar o cadastro bem como aumentar o

número de profissionais, pois como fazemos o atendimento também para a população fora da área de abrangência, é preciso reorganizar o serviço para otimizá-lo.

Em relação à demanda espontânea, reiniciamos o atendimento à demanda espontânea e enfatizamos a necessidade de acolhimento, para qualificar os atendimentos e aumentar a satisfação dos usuários. Temos uma população fora de nossa área da abrangência que é atendida por três médicos que fazem plantão; além disso, cada médico da equipe tem um dia da semana em sua agenda de trabalho programada para fazer acolhimento. Assim, temos que reorganizar o acolhimento, pois muitas vezes, ele é confundido com uma 'sala de acolhimento' e o acolhimento deve ser sempre estimulado, pois incrementa o acesso e melhora o processo de trabalho nos cenários dos serviços de saúde, bem como possibilita o fortalecimento de laços — o estabelecimento de um vínculo — entre usuários, trabalhadores e gestores em defesa do SUS enquanto política pública e não de governo. Acredita-se que o entendimento do vínculo possa trazer, no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade, uma vez que permite aos usuários exercerem seu papel de cidadãos, conferindo maior autonomia em relação à sua saúde, tendo garantidos os seus direitos de fala, argumentação e escolha, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore na manutenção de sua saúde e redução dos agravos. Portanto, o vínculo amplia a eficácia das ações em saúde e favorece a participação do usuário na prestação do serviço.

Para sua organização fizemos ajustes no fluxograma, na equipe responsável existe um membro para realizar a escuta, e possivelmente, algumas intervenções, com capacidade de analisá-las, identificando riscos e analisando vulnerabilidade, clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, algum grau de resolutividade e inclusão em ações programáticas. Na nossa UBS, temos certa limitação para intervir nos casos em que o usuário precise de atendimento em períodos de agudização, como, por exemplo, crise de Asma Brônquica com dispnéia ou Crise Hipertensivas, etc, pois não temos uma sala para procedimentos de urgência e medicamentos utilizados nesses casos. Fazemos este serviço de acolhimento ao longo do dia, mas a demanda se concentra no horário de manhã, às vezes, chegam ao mesmo tempo várias pessoas com necessidades distintas, nesses casos utilizamos uma estratégia importante de acesso que é a equidade e a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes graduações de risco.

Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos e odontológicos, cadernetas das crianças, gestantes e idosos, registros específicos, carteirinhas e fichas espelho de vacinas. Para a atenção integral da população, seguimos os Protocolos do Ministério da Saúde. Neste momento fazemos atendimento nos dois turnos de trabalho, de manhã e à tarde. Oferecemos diferentes serviços, tanto a população da área de abrangência como a população fora de nossa área, como: Consulta Pré-natal (PN), de Crescimento e Desenvolvimento da criança, Clínica Geral, Consulta com usuários com Hipertensão e Diabetes, Idosos, Exame Citopatológico, Vacinação, Planejamento Familiar, Atendimento Odontológico e Teste Rápido para Sífilis e vírus da imunodeficiência adquirida (HIV); além disso, realizamos visita domiciliar (VD) com enfermeira, ACS e médica. Também, mensalmente, realizamos consulta de crescimento e desenvolvimento coletivo com a participação de três equipes para os usuários de zero até dois meses de idade e buscamos envolver a família também.

Em relação às ações programáticas, houve o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP) com a população total da área de abrangência, envolvendo as seis equipes, 22,000 habitantes. Para a Saúde da Criança ou Puericultura, temos 321 crianças de até um ano de idade e 662 crianças de até 5 anos e todas são cadastradas e acompanhadas (100% de cobertura). Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança avaliados mostram que foi encontrado que 82% com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; o atraso da consulta agendada em mais de sete dias mostrou uma porcentagem de 18; (85%) com realização do teste do pezinho; 100% com monitoramento do crescimento e desenvolvimento; (60%) com vacinas em dia e (92%) com avaliação de saúde bucal. No verão, temos um aumento do número de crianças assistidas em virtude de doenças respiratórias agudas. As informações são registradas nas Cadernetas das Crianças, prontuários clínicos, fichas espelho e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O que temos que organizar é um arquivo específico para os registros, para que não percam informações importantes; além disso, temos que ter profissionais mais dedicados e comprometidos com a avaliação e monitoramento do Programa. Os ACS realizam a busca ativa às crianças faltosas; às que estão com calendário de vacina atrasado; a avaliação odontológica é realizada em todas as crianças e propusemos a realização de uma VD com toda a equipe ainda no primeiro ano de vida para avaliar o

Em relação ao Pré-Natal (PN) e Puerpério, segundo o CAP, temos 220 gestantes e todas acompanhadas pelo Programa (100% de cobertura). Mesmo assim, alguns indicadores precisam ser melhorados, pois 93 (42%) usuárias foram captadas no primeiro trimestre gestacional; 161 (73%) com consultas em dia conforme protocolo; 85% (186) com vacina contra Hepatite B em dia; todas com suplementação de ferro e ácido fólico; 83 (38%) com exame ginecológico e 196 (89%) com avaliação de saúde bucal. Em relação ao Puerpério, 74% das puérperas são acompanhadas pelo Programa da UBS; 152 (64%) realizam consulta antes dos 42 dias; todas com orientações sobre aleitamento materno exclusivo, cuidados com recém-nascido e planejamento familiar; 152 (64%) com mamas examinadas; 152 (64%) com abdome examinado e 96 (40%) com exame ginecológico. Aspectos que dificultam o atendimento estão relacionados com a realização de exames, sobretudo, porque temos usuários de baixa renda, quando não são oferecidos na UBS; não temos apoio do NASF e a contra-referência (hospital) é quase inexistente, assim, não conseguimos plenamente monitorar as gestantes e puérperas. Não temos arquivo específico para registrar as ações realizadas, bem como não temos profissionais que se dediquem ao planejamento de ações para o grupo populacional. É preciso que mesmo antes que a gestante vá até a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde a toda mulher em idade fértil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres nessa faixa etária, e sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão do parceiro sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do PN.

Em relação à Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama. Pelo CAP, para o Programa de Câncer de Colo de Útero, temos 4819 usuárias 25 a 64 anos de idade (87% de cobertura). 88% (4217) estão com exame citopatológico em dia; 602 (12%) com atraso do exame CP; 87% (4202) amostras satisfatórias e todas com orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST). Cada equipe realiza a coleta de exame CP cada dia da semana, aproveitando o contato com as mulheres para fazer conversas e palestras de promoção e prevenção do câncer de colo de útero, com maior justificativa em todas as mulheres com fator de risco. Neste

sentido, ainda temos algumas dificuldades no rastreamento, pois ainda temos profissionais de saúde que não orientam todas as mulheres da área de cobertura nas consultas. O rastreamento do câncer de colo utilizada em minha UBS é oportunístico e não organizado, além disso não existe um arquivo específico para o registro do resultado, o controle do resultado é feito por meio do livro de registro, prontuário clínico e formulário especial para citopatológico - o que dificulta verificar e avaliar a qualidade do programa das mulheres com exame de rotina em atraso fora da área. Também é necessário reorganizar o controle das mulheres com exame CP alterado. Recentemente, houve implantação da consulta com a ginecologista do Centro Clínico e que assiste as mulheres na UBS também e assim realizamos a capacitação da coleta de exame para diminuir a ocorrência de resultados falsos-negativos.

Para o Câncer de Mama, a estimativa é de termos 1653 mulheres na área de abrangência de 50 a 69 anos e acompanhadas pelo Programa são 1594 (96% de cobertura). Usuárias com mamografia em dia são 1237 (78%) e 257 (16%) apresenta a Mamografia com mais de 3 meses em atraso. O rastreamento é feito da forma oportunística e não organizada. Diante das dificuldades, foi implantada a realização do exame clínico a 100% das mulheres uma vez por ano; criaram-se 6 grupos de mulheres nessa faixa etária, um por equipe, para o engajamento público (educação, prevenção e promoção de saúde).

Em relação aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM). São duas doenças crônicas que causam grande morbidade em nossa UBS; são complexas, pois, geralmente, estão associadas a outros fatores como sobrepeso, sedentarismo, aterosclerose, então, é preciso se trabalhar bem englobando vários fatores. Para o preenchimento do CAP, a estimativa de usuários com HAS foi de 4560 (4483 - cobertura de 98%) e para DM foi 1303 usuários (cobertura de 99% - 1296). Em relação aos usuários com HAS, 99% com estratificação de risco cardiovascular; 98% com exames complementares e com todas as orientações. Para usuários com DM, 100% (1303) com estratificação, 98% (1265) com exames complementares e 98% (1265) com exame dos pés. Acredito que a estimativa não está totalmente adequada a minha realidade, pois atendemos um número considerável de pessoas fora da área de abrangência. Em relação às atividades realizadas, as consultas para controle e acompanhamento são feitas todos os dias da semana, em ambos os turnos de trabalho; o atendimento se registra nos prontuários médicos, fichas e registros específicos de acordo com o Programa do Ministério de

Saúde. Quase todos os profissionais estão envolvidos no cuidado do usuário com HAS e DM. Estamos tentando fazer com que o usuário ao sair da consulta tradicional, também possa ser examinado pelo dentista. Em cada consulta, a equipe faz o controle e monitoramento dos fatores de risco cardiovascular, são realizadas orientações em relação ao malefício do consumo de álcool e tabagismo, o controle de peso corporal e orientações sobre alimentação saudável. Para melhorar a cobertura de atendimento à população fora de área fazemos atendimento a demanda espontânea todos os dias da semana, e os casos com problemas agudos que precisam são referidos para outros níveis da atenção secundária. No caso dos usuários com DM clinicamente não controlada, temos dificuldades, pois na unidade não temos Glicosímetro.

Em relação à ação programática envolvendo os Idosos, temos segundo o CAP, 2380 idosos na área de abrangência da UBS. O número relatado envolve as seis equipes da área de abrangência. Na equipe que trabalho, são estimados mais de 300 idosos. Dos 2380 estimados, 2100 são acompanhados e cadastrados (88% de cobertura). 89% (1864) com Caderneta; 89% (1864) com avaliação multidimensional; 1527 (63%) com acompanhamento em dia; 906 (43%) com HAS e 607 (29%) com DM. Embora os números pareçam ser satisfatórios, também temos que ter cautela, pois não temos um registro organizado para inferir tais estimativas. Os atendimentos são feitos todos os dias da semana e de forma preferencial em qualquer momento no dia. Nestas consultas, a médica realiza a Avaliação Multidimensional, que precisa ser completada com a avaliação de outros profissionais em muitos casos, como dentista, nutricionista, Trabalhador Social, Geriatria, etc; ofertamos orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e higiene bucal. O atendimento se registra nos prontuários clínicos, na caderneta de saúde da pessoa idosa, nas fichas espelho das vacinas. As equipes fazem visita domiciliar compartilhada com outros profissionais de saúde e avaliamos o idoso acamado para garantir a continuidade de cuidado. As dificuldades também envolvem a saúde bucal, já que só metade é assistida por dentista; 73% estão com atraso nas consultas; é necessário realizar mais buscas ativas aos faltosos; divulgar a importância do Programa tanto para o idoso quanto para sua família; há necessidade de envolvimento de mais colegas para que a atenção e assistência sejam satisfatórias. Não temos dados dos 320 idosos pelos quais a equipe que trabalho é responsável.

Em relação à saúde bucal, durante anos no Brasil a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremadamente difícil e limitado. Para mudar esse quadro o Ministério de Saúde lançou a Programa Nacional de Saúde Bucal. Temos 4 dentistas e 4 auxiliares de saúde bucal na UBS. Eles realizam atendimento a toda a população da área de abrangência. A capacidade instalada para a prática clínica é insuficiente, pois a unidade precisa ampliar o número de equipes odontológicas. Em relação a atividades coletivas, também é preciso realizar com maior frequência. É preciso envolver grupos populacionais diversos, tais como gestantes, puérperas, idosos, etc. Infelizmente, as equipes de saúde bucal também têm pouco relacionamento com as demais, fragmentando ainda mais a saúde bucal do resto do corpo. Pelo CAP, notamos que há um número muito baixo de atendimentos da primeira consulta programática. Para que a saúde bucal amplie os cuidados com os usuários, é preciso aumentar o número de equipes odontológicas, aumentando a carga horária de ações coletivas em espaços da comunidade, realizar palestras com orientações bem como se articular aos outros membros da equipe.

Após extensa avaliação da UBS em termos de estrutura, processo e resultado, acredito que os melhores recursos que temos são os humanos e devemos trabalhar bem e com qualidade para atender os usuários de forma qualificada e resolutiva. Neste momento, a UBS está em reforma para melhorar a estrutura física e conseqüentemente, isso melhorará também o acesso da população. Devemos trabalhar em conjunto, equipe, gestão e comunidade, para que possamos atender os usuários bem e elevar o grau de satisfação da população.

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

Lendo novamente o texto 1, ele foi um dos primeiros realizados, foi mais simplificado e focado mais na estrutura da Unidade de Saúde. Ao longo e após a Unidade de Análise Situacional, o texto 2 teve uma abordagem mais sistematizada, complexa e que permitiu conhecer mais profundamente a Unidade de Saúde, a equipe (como trabalhava) e a comunidade.

As tarefas (questionários) e a leitura dos manuais oficiais permitiram refletir sobre o que estava adequado, o que precisava ser melhorado, ou seja, as fragilidades que envolvem o trabalho não só meu como da equipe. Assim, acredito que isso forneça condições melhores de escolher uma ação programática que precisa ser melhorada, assim como satisfazer mais os usuários em termos de atenção e assistência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, já que está ativamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas. O cuidado a idosos representa cerca de 40 a 50% da atividade total do médico de família e comunidade e mais de 50% das prescrições em APS, sendo 75% destas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas de forma contínua. A APS pode ser vista como uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde que visa a aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na sua oferta (OLIVEIRA et al., 2013). Segundo dados divulgados recentemente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), o Brasil tem 26,1 milhões de idosos; a região com mais idosos é a Sul (14,4% do total) e a Norte tem menos, com 8,8% dos idosos. Em virtude do crescimento do número de idosos, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentará, conseqüentemente, é preciso reorganizar as políticas sociais/áreas da saúde, previdência e assistência social para atender os idosos de forma qualificada e resolutiva (SCHMIDT *et al.*, 2011).

A Unidade Básica de Saúde Nova Natal é ESF, está composta por 6 equipes compostas por 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 6 ACS, 1 dentista (não está em todas as equipes), 1 auxiliar de saúde bucal. Neste momento a UBS está sendo ampliada e assim, houve necessidade de redistribuição dos membros da equipe e a intervenção ocorrerá somente com a equipe em que trabalho. Na área de abrangência, temos 22,000 usuários. Em relação ao número de idosos, estimam-se 2100 idosos, levando-se em conta as seis equipes.

Nossa área adstrita tem mais de 300 usuários idosos (estimativa de 2013, portanto, desatualizada); esse grupo populacional precisa ter um acompanhamento adequado em virtude de maior prevalência de DCNT; não há acompanhamento e monitoramento das ações realizadas com os idosos e os registros não são completos, dificultando o planejamento de ações em saúde; apresentamos dificuldades de seguir todas as orientações do Protocolo do Ministério da Saúde, como a avaliação multidimensional rápida, os indicadores de fragilização na velhice e a avaliação das necessidades da atenção da saúde Bucal. Além disso, temos que realizar mais VD buscando os idosos faltosos bem como divulgar o Programa para a comunidade (comentar sobre a importância e periodicidade). Também é preciso ofertar orientações em atividades coletivas, sair da UBS e ir até a comunidade para propiciar o engajamento público.

A intervenção enfocando a Saúde da Pessoa Idosa pretende valorizar a implantação do acolhimento na UBS e envolver todos os membros no cuidado aos usuários. Além disso, adotaremos ações para facilitar o fluxo de atendimento e realizar consultas de acordo com o Protocolo. Em virtude da UBS estar sendo melhorada, sabemos que teremos dificuldades em realizar atividades coletivas dentro da Unidade, por isso, pretendemos ir até outros locais, como Igreja para a realização de ações com o objetivo de engajamento público. Assim, a proposta é reorganizar e qualificar a atenção aos usuários, aplicar os princípios fundamentais do SUS como universalidade, integralidade e equidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos assistidos na UBS Nova Natal, do município de Natal, Rio Grande do Norte (RN).

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.9 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Meta 2.12 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5 Mapear o risco das pessoas idosas.

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% das pessoas idosas.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

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 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na Unidade Básica de Saúde Nova Natal, no Município de Natal, Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção indivíduos com 60 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente (pelo menos, mensalmente).
- Detalhamento – Vamos usar os instrumentos disponibilizados pelo curso para o monitoramento, como ficha espelho e planilha de coleta de dados. Realizaremos o monitoramento de forma semanal, de modo a corrigir eventuais falhas. Na Planilha, iremos avaliar os indicadores. Responsável: médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Acolher as pessoas idosas;
- Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS;
- Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.
- Detalhamento – Iremos trabalhar sobre acolhimento na capacitação, assim, tentaremos fazer com que todos da equipe participem. O cadastramento será realizado durante a consulta clínica e iremos tentar atualizar os dados no SIAB/e-SUS.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da unidade de saúde.
- Detalhamento: Iremos ir até à comunidade, já que nossa UBS está em condição de melhorias. Iremos avaliar quais locais estariam disponíveis para as atividades

coletivas, um deles, seria a Igreja e outro local a escola. Iremos contar com os colegas, principalmente, ACS e enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe no acolhimento às pessoas idosas;
- Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço;
- Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.
- Detalhamento: Vamos capacitar os ACS para o cadastramento de todos os usuários idosos de toda a área de abrangência da unidade de saúde e toda a equipe sobre o acolhimento. Utilizaremos o Caderno de Atenção destinado à atenção da pessoa Idosa. A médica será a responsável por esta atividade.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas da área da UBS, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos usuários idosos.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, pretendemos revisar as fichas e prontuários, de modo a garantir o correto preenchimento das informações. Após isso, os dados serão inseridos na Planilha de Coleta de Dados. Responsável: Médica

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de *Snellen*),
- Definir atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Detalhamento: Já conversamos com a gestão sobre o apoio que precisamos ter para a realização da intervenção, bem como dos materiais e equipamentos para os exames realizados nos idosos. Em relação às atribuições, já estamos discutindo sobre o papel de cada um antes mesmo do início da intervenção.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Detalhamento: Para orientar a comunidade, iremos usar, se possível, a sala de espera da UBS; realizar atividades na Igreja e/ou Escola, dependendo da disponibilidade. Além disso, durante as consultas individuais e VD, também orientaremos sobre os temas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
 - Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida;
 - Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
 - Detalhamento: Antes e durante a intervenção, as capacitações serão realizadas e seguiremos as normativas do Protocolo Oficial, para que o usuário seja bem assistido. As capacitações ocorrerão na própria UBS. Responsável: médica.
- **Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, revisaremos as fichas dos usuários. E se não houver bom preenchimento e/ou não realização do exame, iremos novamente conversar sobre isso durante as capacitações. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos idosos, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
- Detalhamento: Nas capacitações, iremos avaliar as atribuições e em que atividades os profissionais podem contribuir e qualificar o serviço. Para a busca, todos os ACS farão a revisão semanalmente dos usuários faltosos. Teremos que organizar a agenda, de forma a acolher os usuários faltosos (responsável Enfermeira). Conversaremos com o gestor sobre a importância desta ação, ou seja, garantir a referência e contra-referência.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.
- Detalhamento: Orientaremos a comunidade sobre as doenças mais comuns entre os idosos durante as consultas individuais, atividades coletivas e VD. Serão realizadas pelo pessoal da Enfermagem e Médica. Queremos ver a possibilidade de inclusão do dentista na intervenção e auxiliar de saúde bucal.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado conforme protocolo.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos idosos e realizar atualizações dos profissionais, quanto ao exame clínico apropriado deste grupo populacional.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, leremos e tiraremos eventuais dúvidas após a leitura do Caderno de Atenção Básica. Responsável: médica.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos idosos hipertensos.

- Detalhamento: O farmacêutico fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Detalhamento: Tentaremos aumentar a disponibilidade de consultas, mesmo sabendo que temos um grande número de pessoas fora da área que comparece até a UBS. Em relação ao material, previamente à intervenção, já conversamos com a gestão sobre a necessidade de apoio para que o trabalho seja qualificado.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- Detalhamento: As atividades de engajamento público serão realizadas na própria UBS (sala de espera), Igreja e/ou Escola. Queremos contar com apoio de toda a equipe. Responsável principal: médica, enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Detalhamento: iremos trabalhar com teoria e prática, para que o atendimento seja bem realizado. Responsável: enfermeira.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM). .

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para DM cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos usuários idosos diabéticos.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, revisaremos as fichas dos usuários. E se não houver bom preenchimento e/ou não realização do exame, iremos novamente conversar sobre isso durante as capacitações. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM;
- Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;
- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.
- Detalhamento: Capacitação com leitura do Caderno de Atenção à Pessoa Idosa e falaremos sobre o acolhimento. Em relação ao material, queremos contar com apoio da gestão desde o início. Responsável: médica e técnica de enfermagem, respectivamente.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Detalhamento: Faremos para toda a população reuniões e palestras na sala de espera, escola da comunidade e/ou Igreja sobre estes temas. Responsável a Médica e Enfermagem. Nas VD, os ACS serão os responsáveis.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.
- Detalhamento: Para isso faremos um curso de capacitação deste tema antes de iniciar a intervenção, e depois manteremos as atualizações destes temas mediante cursos de atualização quando for preciso. Responsável pessoal da Enfermagem.

Meta 2.5 Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos idosos diabéticos.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, revisaremos as fichas dos usuários. E se não houver bom preenchimento e/ou não realização do exame, iremos novamente conversar sobre isso durante as capacitações. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.
- Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades
- Detalhamento: Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Programaremos tais determinações na nossa rotina de atendimento. Aumentaremos a disponibilidade de atendimentos para os usuários que foram buscados em casa e faremos os encaminhamentos para os especialistas correspondentes para avaliar estes indivíduos de forma integral. O aumento da disponibilidade poderá ser difícil em virtude do número expressivo de usuários assistidos fora da área de abrangência.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Detalhamento: Todas as atividades poderão ser realizadas na sala de espera, Igreja e/ou Escola. Responsáveis: Médica e equipe de Enfermagem. Nas VD, serão os ACS os responsáveis.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Detalhamento: Usaremos o horário da reunião da equipe para realizar a capacitação e orientar como fazer o registro adequado e completo. Responsável a médica. A capacitação ocorrerá antes e durante a intervenção.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados e realizados conforme o protocolo adotado e com periodicidade adequada para as pessoas idosas.
- Detalhamento: Durante todas as semanas, revisaremos as fichas dos usuários. E se não houver bom preenchimento e/ou não realização do exame, iremos novamente conversar sobre isso durante as capacitações. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares realizados.

- Detalhamento: Conversaremos com a gestão sobre a importância desses exames, explicando como isso melhora no planejamento e os gastos com a saúde a longo prazo. Para o estabelecimento de sistemas de alerta, buscaremos as referências do protocolo de limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais. Responsáveis: pessoal da Enfermagem.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequada.
- Detalhamento: As conversas com os usuários, além de trazerem temas de prevenção, também deverão abordar sobre a importância dos exames, e qual razão nós pedimos os exames. Responsáveis a Médica e a Enfermeira. Nas VD, os ACS conversarão com os usuários sobre o tema.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para a solicitação de exames complementares conforme protocolo.
- Detalhamento: discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados e a importância de realiza-lo. Participação de todos os membros da equipe.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Detalhamento: O farmacêutico fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Detalhamento: O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos serão realizado pelo técnico de enfermagem.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pelo técnico de enfermagem e revisado mensalmente.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Detalhamento: As orientações aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia /HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e enfermeira, em cada consulta e visitas domiciliares.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Detalhamento: para isso, revisaremos todas as atualizações no tratamento dessas doenças a partir da contribuição de cada membro da equipe em reunião.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Detalhamento: para isso, uniformizaremos o discurso da equipe de saúde, buscando sempre lembrar o usuários sobre a disponibilidade de medicações através desses incentivos do governo. Responsável Farmacêutico.

Meta 2.8.Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.
- Detalhamento: Todos os ACS semanalmente revisarão todos os registros desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. A enfermeira também fará o monitoramento. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- Detalhamento: O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa serão garantidos pela médica e a enfermeira.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.
- Detalhamento: Os ACS e Enfermeira organizarão reuniões com a Comunidade para informar - lhes sobre a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Treinar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- Detalhamento: A Enfermeira da Equipe será a responsável por falar com ao ACS sobre o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Metas 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Detalhamento: Os ACS e enfermeira revisarão semanalmente todos os registros desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Detalhamento: A Enfermeira organizará a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção semanalmente.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Detalhamento: As orientações a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar serão dadas pelos ACS nas visitas domiciliares semanalmente.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Detalhamento: As orientações a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção serão dadas pelos ACS nas visitas domiciliares realizadas cada semana.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.
- Detalhamento: O monitoramento dos idosos que necessitam de atendimento odontológico será feito pelo ACS e pela enfermeira.

Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.
- Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.
 - Detalhamento: Os idosos serão acolhidos diariamente pela Enfermeira e técnica de enfermagem, no horário da manhã e tarde e O dentista oferecerá os atendimentos prioritários aos idosos.

Eixo Engajamento Público – ação:

Orientar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: Através de reunião com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares. As salas de espera também poderão ser utilizadas. Convidaremos o dentista para participar também.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.
- Detalhamento: A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos será feita pelo odontólogo.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.
- Detalhamento: O monitoramento dos idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será feito pelo Enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.
- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.
- Detalhamento: Os idosos serão acolhidos diariamente pela Enfermeira e técnica de enfermagem, no horário da manhã e tarde e pela recepcionista; O

monitoramento da utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência será feito pelo ACS e pela Enfermeira e A Organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos será feita pelo dentista.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.
- Detalhamento: Através de reunião com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares. As salas de espera também poderão ser utilizadas. Convidaremos o dentista para participar também.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.
- Detalhamento: Para isso, convidaremos o dentista para participar da nossa reunião de equipe, e conhecer o protocolo utilizado, a ficha espelho e a importância dessa ação programática. As demais ações serão conversadas durante a capacitação.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal.
- Detalhamento: O monitoramento dos idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será feito pelo Enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas e disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.
- Detalhamento: Solicitaremos impressões de materiais educativos para a Secretaria da Saúde, onde existe disponibilidade de impressoras, para levar às comunidades.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Esclarecer população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca.
- Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.
- Detalhamento: Realizaremos essas orientações durante a consulta médica, atendimento de enfermagem e também através de palestras na sala de espera. Nas VD, os responsáveis serão os ACS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.
- Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade / alta prevalência.
- Detalhamento: A capacitação terá participação de todos os membros, tentaremos contar com a ajuda do dentista em relação a todas as atividades de saúde bucal.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação - ação

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.
- Detalhamento: O monitoramento dos idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será feito pelo Enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.
- Solicitar materiais e equipamentos para a confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.
- Detalhamento: Iremos falar com o gestor para garantir a consulta odontológica das pessoas idosas da nossa área de abrangência,

Eixo Engajamento Público – ação:

- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.
- Detalhamento: mediante palestras nas comunidades e na UBS pela nossa equipe. Responsáveis: ACS e Enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Detalhamento: conversaremos com a equipe durante a capacitação.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.
- Detalhamento: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Detalhamento: A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos ficará sob responsabilidade dos ACS e enfermeira de forma semanal.
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Detalhamento: A organização da agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares será feita pela Enfermeira.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Informar à comunidade sobre a importância das consultas periódicas. Detalhamento: ofertar informações sobre a periodicidade poderá ocorrer nas salas de espera, durante as VD, consultas individuais e atividades coletivas. Participação dos ACS, médica e enfermeira.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos). Detalhamento: Quando buscarmos os faltosos, questionaremos o motivo do não comparecimento à unidade de saúde. Responsáveis: ACS.
- Esclarecer as pessoas idosas e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Detalhamento: ofertar informações sobre a periodicidade poderá ocorrer nas salas de espera, durante as VD, consultas individuais e atividades coletivas. Participação dos ACS, médica e enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas. Detalhamento: O treinamento dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, será feita pela enfermeira quinzenalmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na unidade de saúde. Detalhamento: A médica e a enfermeira farão o monitoramento da qualidade dos Registros dos Idosos que fazem consulta acompanhados na unidade de saúde coletando os dados das fichas de atendimentos médicos e odontológico e serão informados nas reuniões da equipe.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Detalhamento: As informações do SIA B serão atualizadas pela Enfermeira semanalmente.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Detalhamento: A planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Serão feitas e implantadas pela médica da Equipe Solicitaremos em reunião de equipe que todos os profissionais façam registros completos e adequados, explicando que isso melhora o atendimento do usuário e ainda facilita o atendimento pelos diferentes profissionais da saúde.
- Pactuar com a equipe o registro das informações. Detalhamento: O registro de informações será feita pela enfermeira de forma mensal.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Detalhamento: O monitoramento dos registros será feito pela médica.
- Organizar um sistema de registro que viabilize a fácil percepção de 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: A médica organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. Detalhamento: Informar a comunidade sobre os direitos dos registros, em consultas individuais, VD e encontros coletivos. ACS, enfermeira e médica como responsáveis.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do atendimento às pessoas idosa. Detalhamento: Mostraremos, durante a reunião de equipe, a ficha-espelho que será utilizada; revisaremos cada item com todos os profissionais; discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento adequada. Responsável a Médica.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação - ação:

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Detalhamento: Durante o atendimento realizaremos a revisão da caderneta, e completaremos os campos de preenchimento, de forma que a pessoa tenha o registro de seu peso, pressão arterial, glicemia, medicações e outras observações necessárias. Registraremos na ficha espelho os idosos que possuem a caderneta. O monitoramento dos registros será feito pela médica de forma mensal.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Detalhamento: Faremos um memorando para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material. Responsável a enfermeira.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Detalhamento: informaremos isso aos usuários durante os atendimentos médico e de enfermagem; além das VD com presença dos ACS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica - ação:

- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Detalhamento: Durante a reunião de equipe, a médica apresentará a Caderneta, discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Detalhamento: O monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será feita pela médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade. Detalhamento: O atendimento dos usuários avaliados como de alto risco será realizado pela médica, tanto em consultas quanto em visitas domiciliares.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Detalhamento: Os usuários serão orientados pela Médica, enfermeira e ACS em cada visita domiciliar e nas consultas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Detalhamento: A Capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa será realizada pela médica.

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

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice. Detalhamento: O monitoramento de número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será realizado pela médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice. Detalhamento: Os atendimentos dos idosos fragilizados na velhice serão feitos com prioridade pela médica.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Detalhamento: A orientação aos usuários fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais frequente será feita pela enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Detalhamento: A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será realizada pela médica.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na UBS e Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente. Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira e ACS.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente. Detalhamento: Os ACS e Enfermeira agendarão as visitas domiciliares a idosos com rede social deficiente.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e 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: Os usuários serão orientados pelos ACS e enfermeira em cada visita domiciliar e nas reuniões com a comunidade.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas. Detalhamento: A médica será a responsável pela capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

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

Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas e monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição. Detalhamento: A enfermeira fará a revisão dos registros realizados na UBS.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Detalhamento: Serão definidos nas reuniões de equipe pela médica e enfermeira, os quais orientarão para alimentação saudável.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Detalhamento: A comunidade receberá as orientações sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis nas reuniões planejadas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos. Detalhamento: A médica e Enfermeira oferecerão capacitação para orientar as pessoas idosas sobre a importância da alimentação saudável como estabelece o Guia Alimentar.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas e o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular. Detalhamento: Monitoramento realizado pela enfermeira.

Organização e Gestão do serviço – ações:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. Detalhamento: A orientação aos idosos sobre a importância da prática de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, pela médica e enfermeira durante as consultas, sala de espera e atividades coletivas. A médica será a responsável de demandar ao gestor municipal as parcerias institucionais para realização de atividade física.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular. Detalhamento: A orientação aos idosos e a comunidade sobre a realização de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, e pela Enfermeira + Médica durante a reunião com a comunidade e por consultas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular. Detalhamento: A capacitação guiada pela médico abordará o tópico e assim, outros profissionais também poderão orientar sobre isso à comunidade.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar as atividades educativas individuais. Detalhamento: Monitoramento realizado pela enfermeira semanal ou mensalmente.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

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

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Detalhamento: As orientações serão fornecidas durante a consulta clínica pela médica, enfermeira e odontólogo. Espaços: salas de espera, encontros coletivos (pode ser Igreja, Escola).

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Detalhamento: A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pelo odontólogo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Indicador 2.1 Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4 Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador 2.7 Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Meta 2.9 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.10 Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.11 Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1 Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5 Mapear o risco das pessoas idosas

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

Indicador 5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Indicador 5.2 Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3 Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

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

Indicador 6.1 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde das Pessoas Idosas, adotaremos o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Brasília / DF (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha espelho (Anexo A) disponibilizada pelo curso sobre Saúde do Idoso. A ficha espelho não apresenta espaços para a coleta de informações sobre saúde bucal, então, iremos junto com a enfermeira confeccionar uma para esta finalidade. Estimamos alcançar com a intervenção usuários de 60 anos ou mais. Faremos contato com a gestão para disponibilizarmos, inicialmente 220 fichas espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pelo curso (Anexo B). O Comitê de Ética (documento) também está inserido no TCC (Anexo C).

Em relação à capacitação e atribuição dos profissionais, a idéia é realizar capacitações prévias e durante a intervenção com todos os membros da equipe. Iremos ler o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Iremos usar o período das reuniões de equipe, que poderão ser semanais ou quinzenais, dependendo da disponibilidade de todos. A médica será a responsável inicialmente, pela leitura e solicitará a cada um que leia uma parte e explique aos demais membros. Assim, todos se qualificarão e participarão ativamente. As capacitações ocorrerão na própria UBS, mesmo ela estando em reformas, com duração aproximada de uma hora. Na capacitação, serão abordados diversos temas contemplados no Caderno de Atenção Básica, tais como acolhimento, visitas domiciliares, Caderneta, orientações, etc.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela Enfermeira e técnica de enfermagem dividido em dois turnos de trabalho manhã e tarde. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Nos acolhimentos serão feitos o rastreamento da pressão arterial e Diabetes *mellitus* com uma tomada da pressão arterial sustentada o maior que 135/80 mmHg. A agenda será reorganizada pela enfermeira com o objetivo do idoso ser atendido com a maior brevidade possível.

Para o monitoramento das atividades, em geral, a responsável será a enfermeira junto da médica. Os ACS também exercerão esta função, principalmente, quando as ações envolverem visitas domiciliares para os usuários acamadas ou com problemas de locomoção. A ficha espelho e a planilha serão avaliadas, preferencialmente semanalmente para avaliarmos os indicadores de cobertura e qualidade do serviço. A médica será a principal responsável pela avaliação, e se houver problemas de preenchimento, haverá nova conversa para otimizar o preenchimento correto e adequado.

Junto com a médica, a enfermeira examinará também as fichas dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso, estimam-se 5 por semana totalizando 20 por mês e serão apoiados pelos parceiros treinados para realizar essa ação. Ao fazer a busca ativa, o ACS já agendará o idoso para um horário de sua conveniência e atualizarão o cadastramento dessas pessoas informando a equipe nas reuniões que se realizam nas quartas-feiras (de 15 em 15 dias). E também nessa reunião atualizarão o registro e planejaremos as visitas aos idosos acamados e com problemas de locomoção que serão feitas pela enfermeira e médica nas terças-feiras.

Em relação ao engajamento público, faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas quatro igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da atenção à saúde dos idosos. Outro local importante seria utilizar a escola para atividades coletivas. Também iremos buscar apoio de uma emissora de rádio no sentido de garantir que os usuários compareçam à UBS. Tentaremos ter a presença também de educador físico e fisioterapeuta, possibilitando assim, uma atenção mais integral e completa. Usaremos, se possível, cartazes do Ministério da Saúde e apresentações em 'power point'. Se isso não acontecer, iremos realizar rodas de conversa para que

os usuários se sintam mais à vontade para partilhar experiências e se envolver. Iremos contatar o gestor para a disponibilização de materiais para a entrega aos usuários.

Em relação aos medicamentos da Farmácia Básica, eles serão receitados, preferencialmente, pela médica. A técnica de enfermagem fará a entrega e registro de retirada do medicamento em uma lista específica.

Em relação aos exames realizados conforme o Protocolo, já na capacitação, vamos focar e reforçar a necessidade de uma atenção mais completa. A médica realizará a primeira consulta e fará avaliação multidimensional rápida e assim, já identificaremos os idosos de maior risco de morbimortalidade; em relação à saúde bucal, o dentista e auxiliar de saúde bucal foram convidados a participar tanto da ação coletiva quanto da capacitação, pois eles terão condições plenas de capacitar para higiene bucal, por exemplo.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção na ação programática “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa” foi realizada do período de Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016, contabilizando as 12 semanas da intervenção.

Neste período, foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para facilitar a organização do conteúdo, os resultados serão apresentados a partir dos seguintes tópicos: 3.1) Ações previstas e desenvolvidas, em que serão examinadas as facilidades e dificuldades encontradas na operacionalização das ações e se estas foram cumpridas integralmente ou parcialmente; 3.2) Ações previstas e não desenvolvidas, em que serão descritas as razões pelas quais estas ações não puderam ser realizadas; 3.3) Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, em que discutiremos aspectos como o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores e 3.4) Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço, em que será discutida a viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No início e durante a Intervenção, realizamos capacitações com leitura do Protocolo Oficial do Ministério da Saúde sobre e Atenção à Pessoa Idosa. A capacitação teve a participação dos membros da equipe, incluindo dentista e auxiliar de saúde bucal. Assim, em cada reunião, discutíamos aspectos de necessidade de melhoria, preenchimento da ficha espelho e a importância de se registrar bem as

ações. Buscamos fazer a ligação da teoria com a prática profissional. Também providenciamos a impressão das fichas espelho e do Manual de Atenção à Pessoa Idosa antes da intervenção e contamos com apoio da gestão. As reuniões e capacitações ocorrerão de 15 em 15 dias, nas quartas-feiras.

Posteriormente deu-se início ao cadastramento das pessoas idosas e preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha-espelho. No primeiro mês foram cadastrados 135 idosos, ou 6,4% de cobertura. O número pode parecer inexpressivo, porém, o universo de idosos para a área é de 2100 e só a equipe em que trabalho aceitou participar da intervenção. As demais estavam envolvidas com outras atividades. Pode ser que se tivéssemos o apoio de todas as equipes, mais usuários pudessem ser melhor cuidados e assistidos. Além disso, começamos a divulgar com apoio da rádio local a intervenção e a importância do Programa, a partir, mais idosos foram acompanhados e cadastrados, atingindo 390 (18,6%). Além disso, nossa UBS está em reformas, então, tudo isso pode ter comprometido maior número de usuários participantes e cadastrados na intervenção.

Houve realização de atividades coletivas em diferentes cenários de Educação e Saúde, ou seja, fomos ao encontro dos usuários, aproximando assim, o serviço da população. Locais: Casa da Pessoa Idosa, Igrejas, Praças e Escola (Figura 1). Tivemos o apoio também da rádio local para a divulgação do trabalho.



Figura 1 – Encontro com a população e com participação da equipe
Fonte: Arquivo Próprio

A fisioterapeuta planejou e realizou a atividade Vida Ativa com o grupo de idosos junto com o professor de educação física da escola, foi feita no prédio no local da ginástica e na praça; participaram 24 idosos e falamos da importância de fazer as atividades físicas para prevenção das doenças crônicas.

A equipe planejou fazer todas as atividades de promoção e educação em saúde na UBS, mais não temos um local para a realização das mesmas, pelas causas já explicadas, então tivemos que aproveitar os diferentes cenários das Escolas, da Casa da Pessoa Idosa e das igrejas para deslocarmos e oferecer ali essas atividades com muito boa qualidade e grandes quantidades de pessoas idosas observando-se a motivação. O mais importante é que os profissionais oferecem aos idosos cadastrados e atendidos nas consultas as orientações quanto à necessidade de uma alimentação natural, simples e saudável composta de verduras, legumes, frutas frescas, cuidado com o uso do sal e se possível, usar o óleo de oliva ou girassol (gordura insaturada) nos alimentos, a prática de exercícios físicos muito úteis na recuperação de usuários (Figura 2, 3 e 4). Importante destacar também que a intervenção serviu de estímulo para duas alunas de Enfermagem, às quais, começaram a colaborar com a intervenção a partir da Semana 3 e participaram de diversas atividades (auxílio nas palestras, busca de idosos faltosos, etc).



Figura 2 – Atividade de educação, prevenção e promoção à saúde durante consulta individual
Fonte: Arquivo Próprio



Figura 3 – Atividade com colaboração de Fisioterapeuta e Educador Físico
Fonte: Arquivo Próprio



Figura 4 – Atividade com usuários – alimentação saudável
Fonte: Arquivo Próprio

Aproveitamos também a “Jornada Novembro Azul” para divulgar a importância da prevenção de DCNT através de orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular. Além disso, divulgamos a importância da intervenção para os usuários e suas famílias (Figura 5 e 6).



Figura 5 – Jornada Novembro Azul
Fonte: Arquivo Próprio



Figura 6 – Sala de Espera
Fonte: Arquivo Próprio

Outras atividades que merecem ser destacadas foram a realização de atividade de engajamento público realizada dentro de um ônibus na Semana 7 da Intervenção bem como, visitamos a Igreja Católica da Comunidade junto com a enfermeira para conversar com os idosos (Semana 3). O ônibus foi usado para conversarmos também sobre Prevenção do Câncer de mama e tivemos a participação de 25 usuárias de 50 a 69 anos de idade (Figura 7). Em relação à Igreja, os usuários se mostraram muito contentes de poderem participar e serem bem cuidados (Figura 8).



Figura 7 – Palestra no ônibus realizada pela Técnica de Enfermagem

Fonte: Arquivo Próprio



Figura 8 – Espaço da Igreja Católica
Fonte: Arquivo Próprio

Quando os usuários não compareciam à consulta, realizamos a busca ativa, com grande esforço dos ACS e também pelo rádio e por telefone (visitas domiciliares) (Figura 9). Tivemos apoio da Secretaria de Saúde e a Prefeitura, que disponibilizaram os carros para visitar os usuários acamados e com dificuldades de locomoção.



Figura 9 – Realização das Visitas Domiciliares
Fonte: Arquivo Próprio

Todos os idosos cadastrados, tiveram suas informações registradas na planilha pela médica. Monitoramos também os que necessitavam de medicação, sendo que eram prescritas medicações da farmácia popular. Executamos a avaliação da estratificação de risco cardiovascular para todos os usuários pertencentes à intervenção. Tivemos êxito nas ações relacionadas à prevenção e promoção de saúde, como orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física e aconselhamentos sobre o tabagismo. Ações relacionadas à clínica também foram efetivadas com sucesso.

Todos os usuários idosos cadastrados na UBS (390) realizaram exame clínico apropriado, avaliação multidimensional, de fragilização na velhice, da rede social, avaliação de risco de morbimortalidade e verificação da pressão arterial na última consulta. Os usuários mostraram maior satisfação em relação ao atendimento mais integral realizado, pois tivemos a saúde bucal inserida; participação de nutricionista e fisioterapeuta. A Secretaria de saúde tem maior conscientização e de agora em diante após um encontro feito, dará prioridade a essas pessoas.

O número de usuários acamados e com problemas de locomoção (80) foi superior a estimativa oferecida (17) com relação ao número total de idosos que recebem acompanhamento na unidade de saúde, o qual mostra que anteriormente, a ação não estava organizada nem tampouco bem registrada.

Ao longo da intervenção, houve realização de vários eventos/momentos, os quais também foram aproveitados para divulgar a importância dos idosos serem cadastrados e acompanhados pelo Programa. Assim, também fizemos a abordagem de outros assuntos, como o cuidado em relação à proliferação de mosquitos. Em parceria com a Vigilância em Saúde, abordamos os temas água e Dengue, Febre Chicungunha e Zika Vírus, já que nosso município possui o vetor transmissor de todas elas. Quanto à água, orientamos sobre a sua importância, a necessidade de fazer economia, tratamento da mesma, e não deixar água parada. Tivemos grandes êxitos nas atividades educativas porque houve uma boa participação da comunidade, assim, estamos cumprindo com um dos objetivos da Atenção Primária à Saúde que é a Prevenção das Doenças.

Tivemos na Semana 12 a participação do Supervisor do Programa Mais Médicos e pudemos ouvir os usuários em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe. A usuária “Margarida Esperança” se sentiu emocionada, ficou com olhos

marejados e mencionou que nunca antes ela tinha sido atendida tão bem e deu o parabéns a toda a equipe e ao serviço.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as atividades e ações previstas no projeto foram desenvolvidas com algumas dificuldades pela reforma estrutural que está sendo feita em nossa unidade, mas todas foram feitas com alta qualidade e grande entusiasmo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos a intervenção, observamos que a planilha foi de fácil preenchimento, mas era muito difícil conseguir realizar esta atividade durante o expediente pela excessiva demanda de usuários, pelo que tivemos que utilizar tempo extra para o preenchimento da ficha espelho. No entanto, uma vez que os usuários cadastrados ficam atualizados nos meses seguintes, facilitou o preenchimento dos dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Posso dizer que houve incorporação da maioria das ações previstas no projeto na rotina do serviço, como a participação cada vez maior dos usuários em grupos de prevenção e promoção de saúde. Contribuindo para isso, tivemos o apoio dos agentes comunitários e líderes da comunidade, o que favoreceu positivamente na participação de usuários, possibilitando a valorização por parte deles em momentos dedicados à educação em saúde.

O gestor do município tomou conhecimento da intervenção desenvolvida na UBS pela ESF e apoiou de maneira contínua, facilitou a qualidade das atividades coletivas como no grupo de atenção a pessoa idosa, o transporte com o equipamento para a realização das Mamografias, e também para o atendimento das pessoas acamadas ou com problemas de locomoção; providenciou os recursos para a divulgação da intervenção, como cartazes, Folders informativos e a Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

Na UBS não estava implantado o sistema de agendamento aos usuários, mas desde o começo da intervenção tivemos que organizar a agenda de trabalho e de agora em diante estão organizados pelos diferentes grupos populacionais por cada dia da semana.

Um ponto altamente favorável da intervenção foi a incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço, percebeu-se, durante as reuniões, que a equipe mostrou-se a cada semana mais satisfeita e estimulada com a intervenção e referiu que irá continuar com as atividades.

Proporemos a gestora de saúde a incorporação dos demais clínicos gerais e o resto das equipes a também reorganizarem e qualificar o serviço.

. E por fim, pensamos que a intervenção realizada foi muito positiva e produtiva quanti e qualitativamente, mostrando um melhoramento das ações na atenção à saúde das pessoas idosas e que possa ser um espelho para que outras ações possam ser melhoradas, assistindo assim outros públicos alvos, como mulheres e crianças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população da área de abrangência é de 22,000 habitantes. Previsão de 2100 idosos em toda a área. Para a intervenção, do total de 6 equipes, só a minha realizou a intervenção. Utilizamos na Planilha de Coleta de Dados o valor de 2100 idosos.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Indicador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa entre o número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

No Mês 1, atendemos 135 usuários (6,4%); no mês 2 262 (12,5%) e finalmente, no mês 3, foram assistidos 390 idosos (18,6%). Tivemos apoio dos ACS para a realização da busca ativa; divulgação do Programa e da Intervenção na rádio comunitária; durante as VD; em atividades coletivas; na Igreja, por exemplo. Pretendemos continuar buscando os idosos da área e talvez com apoio de todas as seis equipes (Figura 10).

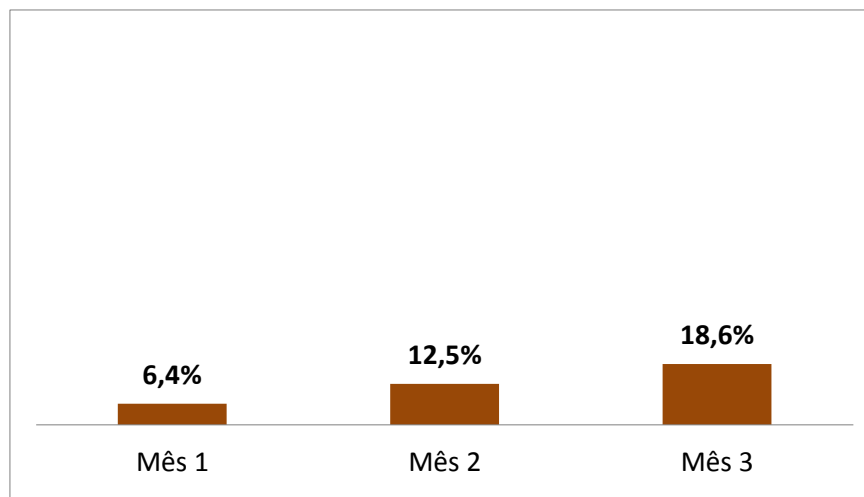


Figura 10 – Cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS

Indicador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada em quase todos os idosos. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%). Durante a intervenção realizamos para quase todos a avaliação; com o apoio e envolvimento de todos, pretendemos que todos os idosos recebam esta avaliação (Figura 11).

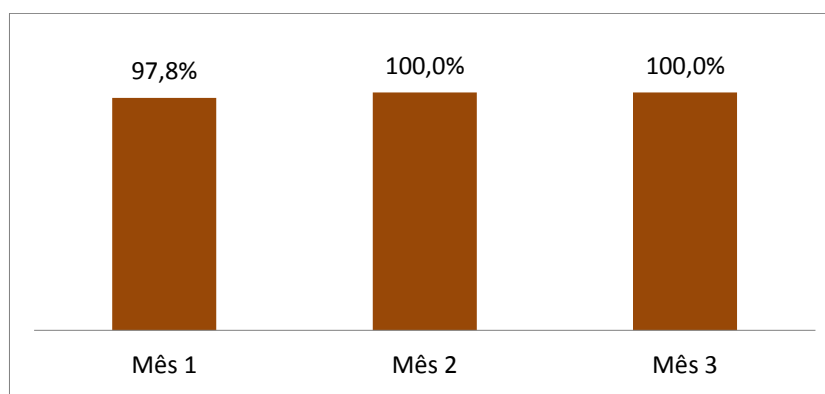


Figura 11 – Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Indicador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Atingimos a meta de 100% em dois meses de intervenção, somente um deles, quase foi a totalidade. O exame clínico apropriado foi realizado durante as consultas nas UBS, nos locais e nas visitas domiciliares. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%). Os motivos que podem ser apontados para o resultado são a capacitação e comprometimento dos profissionais, bem como organizamos a agenda para a realização adequada das ações para os usuários (Figura 12).

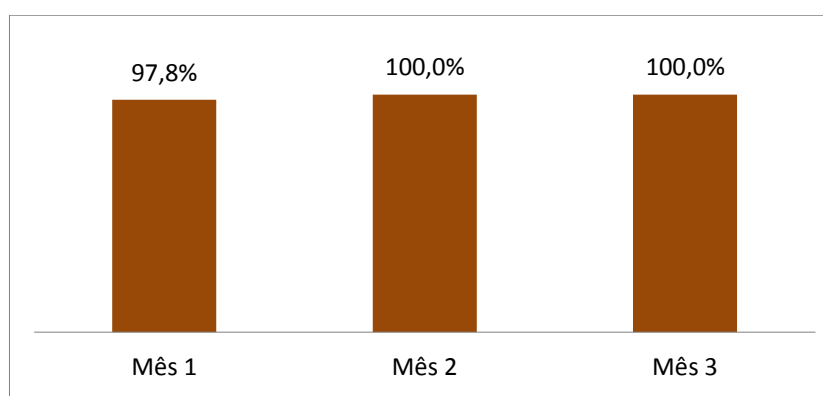


Figura 12 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Nesse caso também atingimos a meta proposta de 100% nos três meses de intervenção, pois o processo de trabalho estava organizado e realizávamos o rastreamento para as doenças crônicas juntamente com o exame clínico e cadastramento. Mês 1 (135 – 100%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%).

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes *mellitus* (DM).

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Nesse caso também atingimos a meta proposta de 100% nos três meses de intervenção, pois o processo de trabalho estava organizado e realizávamos o rastreamento para as doenças crônicas juntamente com o exame clínico e cadastramento. Mês 1 (135 – 100%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%).

Meta 2.5: Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés a cada 3 meses.

Indicador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia entre o número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso das pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia. No primeiro mês foram examinados 38 idosos (100%); no mês 2 foram 67 (100%) e no último mês foram 96 (100%). As ações que facilitaram o sucesso desse indicador foram as capacitações, e a organização do serviço, o que permitiu um tempo adequado da consulta, para a realização de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Quase todos os usuários tiveram solicitação de exames complementares. Mês 1 – 132 (97,8%), Mês 2 260 (100%) e Mês 3 390 (100%) (Figura 13). Não tivemos dificuldades em atingir a meta, pois a solicitação de exames complementares está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. Revisávamos o prontuário, ficha espelho e durante a consulta na UBS, ou na visita domiciliar, verificávamos junto ao usuário as datas dos últimos exames complementares realizados, e assim, fomos fazendo as solicitações conforme a periodicidade.

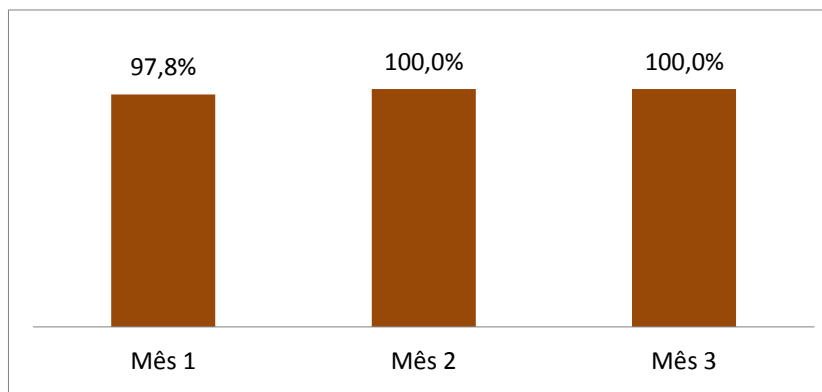


Figura 13 – Proporção de idosos com solicitação de exames complementares em dia
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com prescrição da Farmácia Popular, todos os idosos de nossa área que foram atendidos e que precisaram de tratamentos obtiveram a prescrição dos medicamentos (100% em todos os meses). Mês 1 (135 – 100%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%).

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados entre o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

No caso da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. No mês 1, cadastramos 25 (100%), no mês 2 54 (100%) e no mês 3, foram 80 (100%). Tivemos apoio importante dos ACS.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde.

No caso da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Mês 1 (25 – 100%), no Mês 2 (54 – 100%) e no Mês 80 (100%). A ação que mais auxiliou foi o acompanhamento por parte dos ACS; pois planejaram as visitas de forma que os familiares estivessem em casa na hora da visita da equipe, assim, conseguimos engajar e valorizar o cuidado em casa.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, também foi realizada a todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares; com 100% em todos os meses. A capacitação foi fundamental para que a avaliação fosse realizada, assim, qualquer profissional de saúde tem condições de realizar, pelo menos, uma avaliação de saúde bucal. Mês 1 (135 – 100%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%).

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas com primeira consulta odontológica programática. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%). Tivemos a participação do dentista e auxiliar de saúde bucal, assim, a maioria teve a primeira consulta odontológica realizada (Figura 14).

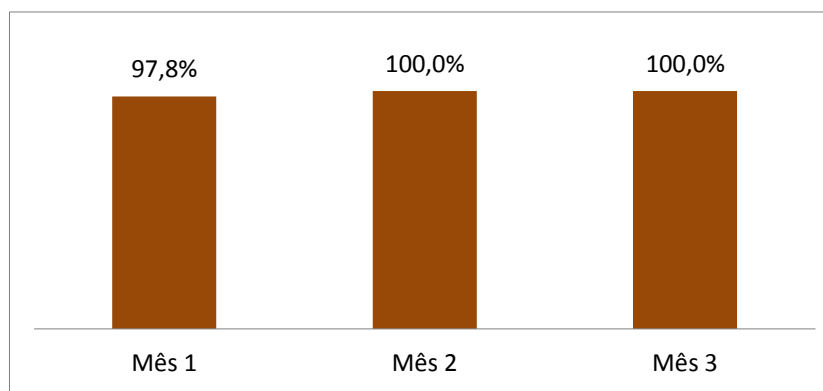


Figura 14 – Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Quase todos foram avaliados com o objetivo de se avaliar alterações da mucosa bucal. O dentista participou da intervenção. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 15).

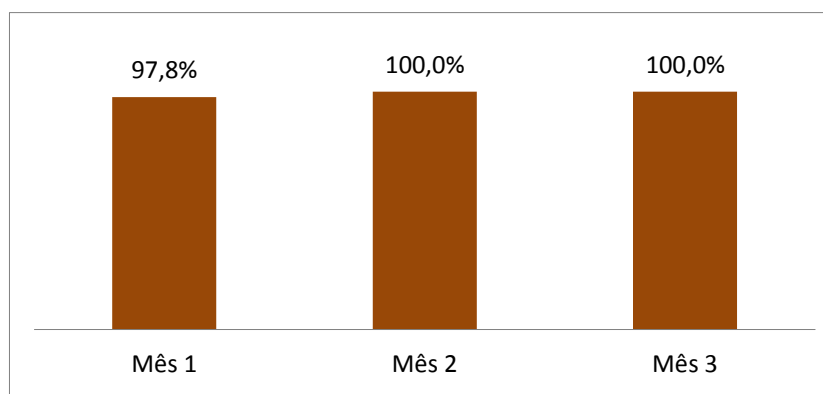


Figura 15 – Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações da mucosa bucal
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

A avaliação de necessidade de prótese também quase foi realizada em todos os usuários. Pretendemos continuar com a avaliação bem como ver a disponibilidade de confecção de próteses (Figura 16). Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%)

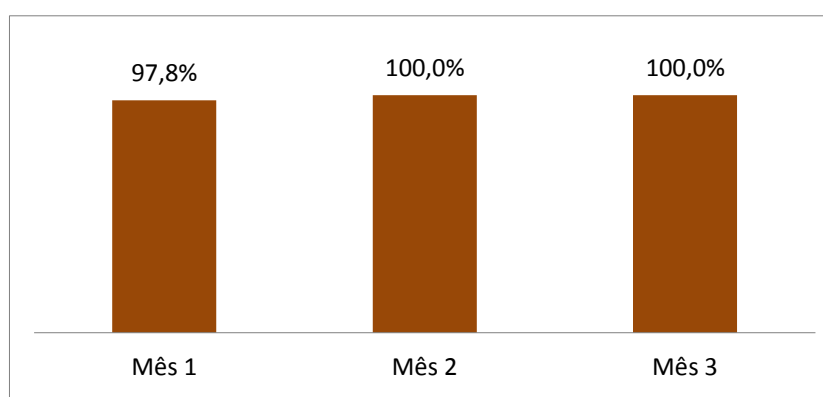


Figura 16 – Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de prótese
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde

Meta: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS entre o número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

No caso da proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa. Durante a intervenção sempre que os usuários não conseguiram ir até a consulta; foram visitados por ACS, os quais agendaram as consultas. Mês 1 (6 faltosos – 100%), Mês 2 (12 faltosos – 100%) e Mês 3 (17 faltosos – 100%). A ação que mais auxiliou na busca ativa das pessoas idosas faltosas foi a capacitação dos ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com registro nas fichas de acompanhamento/espelho em dia, também foi realizada em quase todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares. Vamos continuar acompanhando e monitorando a ação, para que ela faça parte da rotina. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 17).

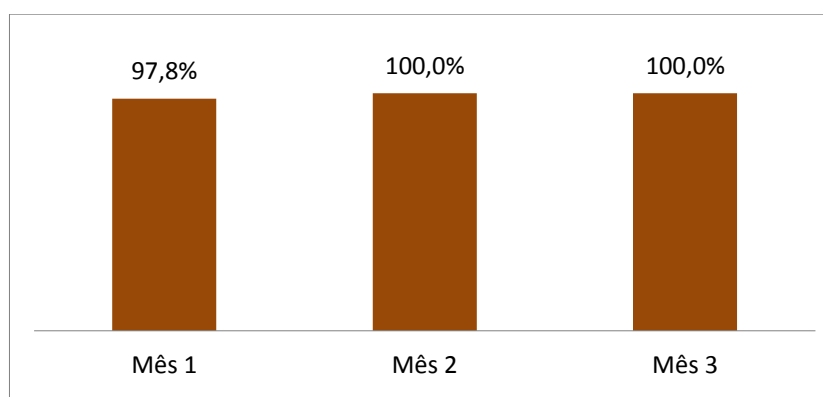


Figura 17: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também foi entregue a quase todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares. Tivemos o apoio da gestão para conseguir e distribuir as Cadernetas (Figura 18). Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%).

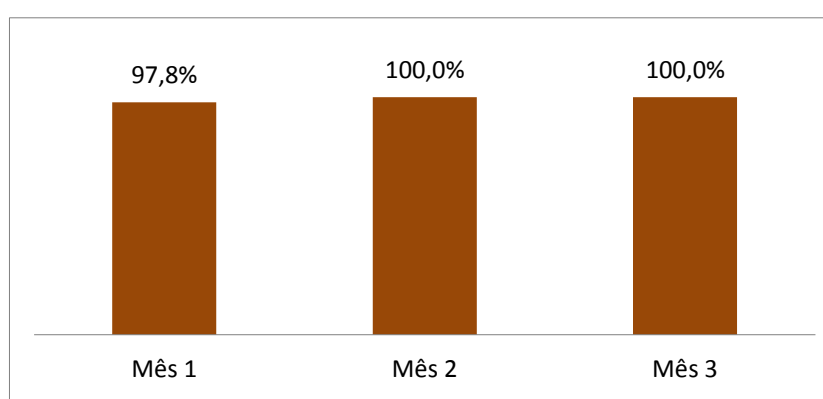


Figura 18 – Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas

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

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, também foi realizada em quase todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 19).

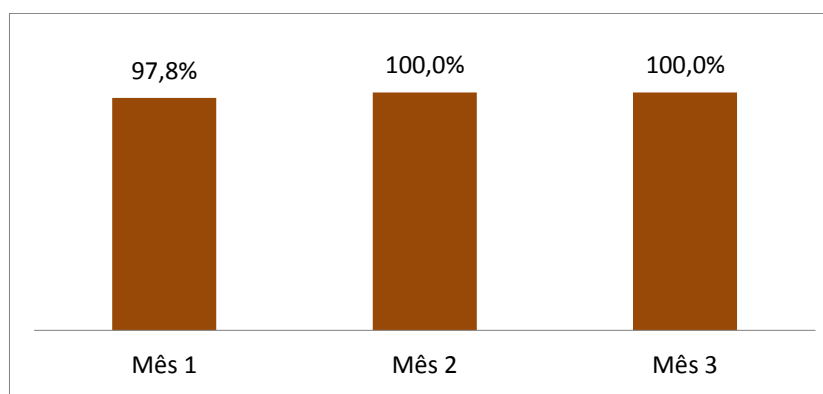


Figura 19 – Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

Indicador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada. Conseguimos realizar a ação para quase todos os usuários idosos. Procuramos toda a equipe seguir à risca o Protocolo oficial para que os usuários tivessem uma atenção e assistência qualificadas. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 20).

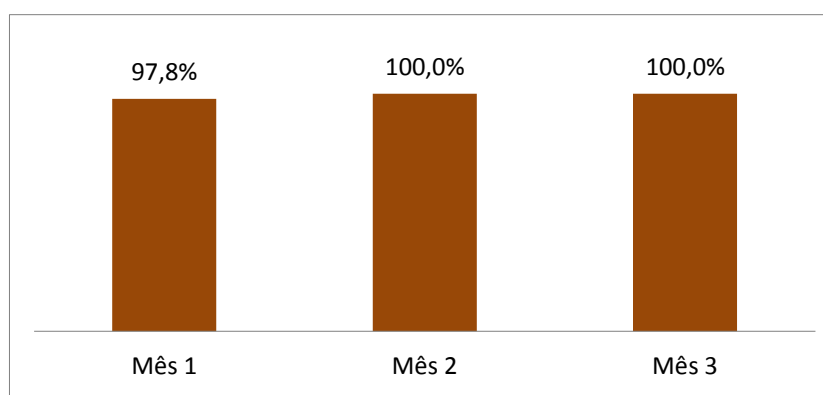


Figura 20 – Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização atualizada

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas com avaliação de rede social em dia. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 21). É muito importante realizar a avaliação e tivemos apoio tanto dos ACS quanto da enfermeira, assim, conheceremos o contexto em que está inserido o idoso.

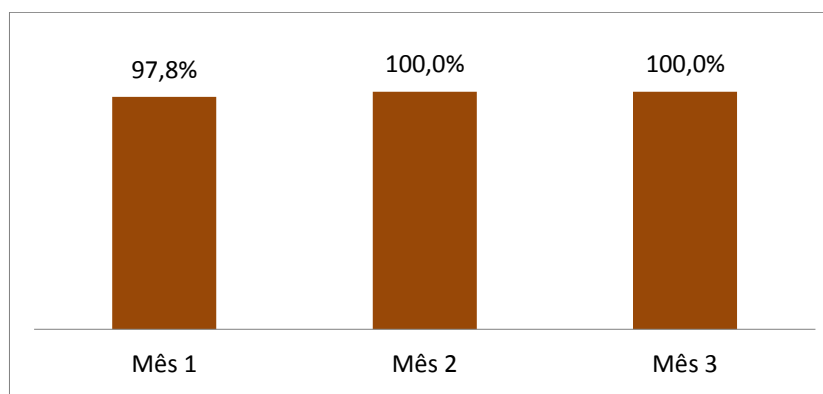


Figura 21 – Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular e higiene bucal a 100% das pessoas idosas.

Indicadores: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis/atividade física regular e higiene bucal entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Quase todos os usuários da intervenção receberam orientações durante as consultas individuais, encontros comunitários e nas visitas domiciliares. Contamos com apoio de toda a equipe para que houvesse engajamento público tanto do usuário quanto de sua família. Mês 1 (132 – 97,8%), Mês 2 (262 – 100%) e Mês 3 (390 – 100%) (Figura 22).

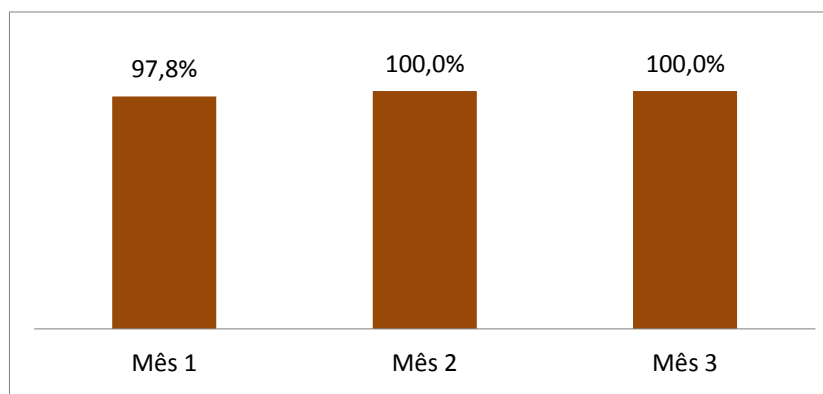


Figura 22 – Proporção de pessoas idosas orientação sobre alimentação saudável, atividade física regular e higiene bucal

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

4.2 Discussão

Através da intervenção realizada na UBS Nova Natal com os usuários idosos, conseguimos melhorar a qualidade do serviço ofertada; reorganizar o trabalho e enfatizar o trabalho em equipe; criamos e queremos manter o registro adequado e corretamente preenchido; atualizamos a ficha de acompanhamento dos usuários; realizamos o registro de 'alerta' para os usuários que faltam às consultas; realizamos também atividades coletivas de engajamento público e ofertamos orientações para conscientizar os usuários e suas famílias da importância do autocuidado.

Em relação à importância da intervenção para a equipe – podemos dizer que a intervenção trouxe muitos benefícios não só para os usuários como para a equipe também. Este trabalho em conjunto exigiu e demonstrou que cada membro da Equipe de Saúde é importante e tem capacidade para realizar bem o seu papel conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Assim, todos se sentiram valorizados e participaram ativamente da melhoria do serviço.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade – os usuários estão mais satisfeitos com a priorização e qualidade dos atendimentos; também com a organização da agenda e com as atividades de engajamento público realizadas.

Em relação à importância para o serviço – conseguimos melhorar os registros, permitindo assim o planejamento de ações; agora, as ações realizadas seguem o Protocolo oficial, assim, estamos atendendo os usuários conforme a periodicidade. O uso da ficha espelho pela equipe também é um diferencial e que pretendemos manter no serviço.

Em relação ao que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento – um ponto que considero importante seria reforçar com as demais equipe a importância da união de todas, assim, nós teríamos organizado e cuidado de mais usuários da área de abrangência; em virtude de a UBS estar em reforma + a participação deles em outras atividades, só a minha equipe participou da intervenção.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas – as ações já estão incorporadas à rotina do serviço. A partir do próximo mês quando a Secretaria de Saúde e a prefeitura irão realizar mais contratos dos ACS que precisamos para os atendimentos das demais micro áreas no interior e assim pretendemos investir na ampliação de cobertura das pessoas idosas.

As melhorias foram constatadas através da análise dos dados coletados, da ampliação na cobertura dos atendimentos a estes usuários e das ações em saúde prestadas por cada um dos membros da Equipe de Saúde. Sabemos que temos necessidade de continuarmos esse trabalho que iniciou com o período da Intervenção e como deu certo, continuará com certeza, por toda Equipe de Saúde do Município.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores:

Realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Nova Natal, em Natal / RN para qualificar o serviço e melhorar o atendimento aos idosos. Essa intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Isso só foi possível devido ao apoio recebido da equipe, da comunidade e da gestão.

A intervenção teve duração de doze semanas (Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016) e desenvolvemos ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Tivemos a participação da equipe formada por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal.

Conforme estimativas quanto à população total da área de abrangência, assistimos 22,000 pessoas, sendo que aproximadamente 2,100 são idosos. Antes da intervenção, nem todos os idosos eram acompanhados e cadastrados no Programa da Unidade de Saúde; o registro era inexistente e/ou mal preenchido, dificultando a realização de atividades bem planejadas; havia necessidade de se realizar atividades coletivas de engajamento público para que os usuários e suas famílias tomassem consciência da importância do autocuidado.

Realizamos visitas domiciliares junto com os Agentes Comunitários de Saúde; divulgamos por rádio a intervenção; contamos com apoio da Igreja para que a comunidade conhecesse o Programa e a intervenção e seguimos protocolo oficial para a atenção e assistência ao idoso (exame clínico, complementar, avaliação da saúde bucal, entre outros aspectos).

Conseguimos cadastrar 135 idosos no mês 1 (6,4% de cobertura); no mês 2, foram 262 idosos (12,5%) e finalmente, 390 idosos (18,6% de cobertura). Isso foi resultado de um trabalho em conjunto envolvendo gestão, equipe e usuários. Sabemos que temos muito o que melhorar, e é importante avaliar positivamente o avanço que tivemos nestas 12 semanas, pois os idosos agora são mais assistidos, de forma mais qualificada e com maior resolutividade.

Junto com a melhoria dos exames, também tivemos a preocupação de propiciar engajamento público por meio de atividades educativas, de prevenção e promoção à Saúde. Conseguimos ir até à comunidade, já que nossa Unidade de Saúde está em reformas, assim, nos aproximamos do coletivo e fomos até Igreja e Escola para trabalhar com os usuários. Eles estão mais satisfeitos e contentes com o cuidado recebido. Orientamos sobre higiene bucal, alimentação saudável e prática de atividade física regular.

Conseguimos, com apoio da gestão, entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os usuários e isso nos auxiliará na identificação social e clínica; além de favorecer o monitoramento das atividades realizadas.

Assim, acreditamos que é preciso continuarmos tendo apoio de vocês, pois nossa ação programática foi qualificada e reorganizada, assim, estamos ofertando um atendimento mais humanizado e com qualidade. Também penso que a partir desta intervenção, outras ações programáticas possam ser melhoradas e outras populações também possam ser melhores atendidas e acolhidas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimados Usuários

Gostaria, de imediato, agradecer a todos vocês, comunidade, pelo suporte e envolvimento que tiveram para que a intervenção que objetivou a qualificação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde Nova Natal, em Natal / RN pudesse ser realizada durante doze semanas.

Na intervenção realizada de Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016, desenvolvemos ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Tivemos a participação da equipe formada por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal.

A importância de se qualificar o serviço ofertado ao idoso está no fato de que na nossa área de abrangência, temos, aproximadamente, 2100 pessoas com 60 anos ou mais; elas não estão corretamente acompanhadas e cadastradas pelo Programa da Unidade de Saúde; para que vocês mantenham a saúde, é primordial que vocês compareçam ao serviço para realização de exames e para o recebimento de orientações. Então, isso não estava acontecendo de forma qualitativa e por isso, precisávamos realizar uma intervenção; além disso, nem todos vocês tinham Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, assim tínhamos dificuldades de conhecer a condição de cada um de vocês e os registros praticamente eram inexistentes e isso prejudicava o planejamento de ações para a melhoria do atendimento.

Conseguimos cadastrar 135 idosos no mês 1 (6,4% de cobertura); no mês 2, foram 262 idosos (12,5%) e finalmente, 390 idosos (18,6% de cobertura). Isso foi resultado de um trabalho em conjunto envolvendo gestão, equipe e vocês Sabemos que temos muito o que melhorar, e é importante avaliar positivamente o avanço que tivemos nestas 12 semanas, pois os idosos agora são mais assistidos, de forma mais qualificada e com maior resolutividade. O objetivo da intervenção não foi somente aumentar o número de idosos cadastrados no Programa e sim qualificar a atenção.

Conseguimos trabalhar bem em equipe, ofertando a vocês uma avaliação mais integral e completa, incluindo a saúde bucal (importante para a mastigação e relações sociais); agora cada usuário tem sua ficha com informações e isso auxilia no controle e acompanhamento; ofertamos orientações em diferentes locais, ou seja, nós fomos até vocês, Igreja e Escola receberam a equipe de braços abertos; bem como durante

as consultas individuais, conversamos mais e a consulta está mais longa. Mas o mais longa significa maior qualidade, saber escutar, acolher e resolver, certo?

Queremos continuar contando com a participação, interesse e comprometimento de vocês, pois o trabalho nosso depende de vocês e vocês também são responsáveis pela sua saúde.

Muito Obrigada a todos!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em relação ao Curso de Especialização em Saúde da Família, tinha algumas dúvidas em como seria, já que era uma experiência nova em termos de educação à distância. Além disso, ao chegar ao Brasil pelo Programa Mais Médicos, também tinha o que aprender sobre o Sistema de Saúde no país, principalmente, sobre o SUS. À medida que o curso se desenvolvia, eu fui aprendendo, lendo documentos importantes, realizando tarefas e compartilhando experiências com os colegas e orientadores. Então, o curso permitiu a mim mesma muito aprendizado.

Posso dizer que tive o apoio da enfermeira (principalmente) e da minha orientadora, que me ajudaram tanto profissional quanto pessoalmente, já que moro sozinha em Natal. Sei o quanto o curso e a intervenção melhoram o serviço e principalmente, a qualidade do atendimento que ofertamos aos usuários.

Acredito que o curso me forneceu ferramentas e aprendizados que eu poderei utilizar e aplicar em qualquer lugar onde vá trabalhar, como a Unidade de Análise Situacional. Assim, eu junto da equipe conseguirei diagnosticar a ação programática que mais precisa ser melhorada e/ou reorganizada.

Em termos pessoais, posso dizer que foi um período enriquecedor, pois expandiu meus conhecimentos, não só médicos, mas estudando e trabalhando com outros colegas (multidisciplinariedade), comecei a ver o indivíduo e a comunidade de forma mais completa e atenta.

Após o final do curso e precisamente da intervenção, eu junto da equipe percebemos que com as atividades propostas, conseguimos colocar a teoria em prática e assim melhoramos o atendimento dos usuários. E conseqüentemente do Sistema de Saúde brasileiro, desde que todos estejam engajados nesta causa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 192p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em: 10 nov 2014.

Oliveira EB et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Revista Bras Med Fam Comunidade*. 2013. P. 264-273.

Schmidt MI; Duncan BB; Silva GA; Menezes AM; Monteiro CA; Barreto SM; Chor D; Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011. p.61-74.

Anexos

Anexo C - Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante