

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF João Paulo II, Caicó/RN

Oscar Alberto Ibietorremendia Fonts

Pelotas, 2015

Oscar Alberto Ibietatorremendia Fonts

Melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF João Paulo II, Caicó/RN

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

Orientador: Niviane Genz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

F685m Fonts, Oscar Alberto Ibietatorremendia

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Joao Paulo Ii,
Caicó/RN / Oscar Alberto Ibietatorremendia Fonts; Niviane Genz,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à todos os idosos
pertencentes à Unidade de ESF João Paulo II de
Caicó/RN.

Agradecimentos

Agradeço à toda a Equipe da Unidade de ESF João Paulo II de Caicó/RN pela parceria na realização desta intervenção em saúde para qualificar a atenção à saúde dos idosos pertencentes ao serviço.

À gestão municipal pelo apoio recebido.

Á todos os idosos e familiares pela confiança depositada no trabalho desenvolvido pela equipe.

Resumo

FONTES, Oscar Alberto Ibietatorremendia. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF João Paulo II, Caicó/RN**. 2015. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Um envelhecimento de qualidade é direito de toda e qualquer pessoa. Pensar em estratégias de implementação do cuidado ao idoso sob um olhar preventivo, educativo e com redução de riscos e danos, buscando uma melhoria na qualidade de vida, uma vez que é notável o crescimento da expectativa de vida ao observamos os índices de envelhecimento não apenas no Brasil, mas de modo global é suficientemente necessário. Nos países desenvolvidos o envelhecimento está associado à melhoria nas condições de vida, não sendo esta a realidade nos países em desenvolvimento. Diante disso, o objetivo fundamental do desenvolvimento da intervenção em saúde na Unidade de Estratégia de Saúde da Família João Paulo II em Caicó/RN foi direcionado à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa no sentido de promover o envelhecimento ativo e saudável das pessoas com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade durante doze semanas, entre os meses de maio e agosto de 2015. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participaram da intervenção um total de 203 (61,5%) idosos pertencentes à unidade de saúde com 60 anos ou mais. Todos os índices de qualidade das ações alcançaram 100% de efetividade. Para um bom desempenho da intervenção foram traçadas metas que por ocasião da conclusão da mesma foram avaliadas mediante os indicadores destinados para cada meta. A intervenção trouxe benefício para os idosos acompanhados, entre os quais há hipertensos, diabéticos, acamados e os que apresentam outras doenças crônicas não transmissíveis e que aprenderam a conviver de forma diferenciada com as mesmas. As ações iniciadas com o processo de intervenção serão mantidas na rotina do serviço para dar continuidade ao processo de qualificação da melhoria da qualidade de vida de todos os idosos acompanhados pela Unidade.

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

Lista de Figuras

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015 | 64 |
| Figura 2 | Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015. | 67 |
| Figura 3 | Gráfico da Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015. | 69 |
| Figura 4 | Gráfico da proporção de idosos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015. | 70 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AGS | Auxiliares de Serviços Gerais |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAP | Caderno de Ações Programáticas |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM | Diabetes mellitus |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IEL | Instituto Elvaldo Lorin |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PA | Pressão Arterial |
| RN | Rio Grande do Norte |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UNA-SUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 8 |
| 1 Análise Situacional | 9 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 9 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 21 |
| 2 Análise Estratégica..... | 23 |
| 2.1 Justificativa..... | 23 |
| 2.2 Objetivos e metas | 24 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 24 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas..... | 24 |
| 2.3 Metodologia..... | 26 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações..... | 26 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 45 |
| 2.3.3 Logística..... | 51 |
| 2.3.4 Cronograma | 55 |
| 3 Relatório da Intervenção | 57 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 58 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 60 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 61 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 61 |
| 4 Avaliação da intervenção | 62 |
| 4.1 Resultados | 62 |
| 4.2 Discussão..... | 75 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores..... | 79 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 82 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 84 |
| Referências | 85 |
| Anexos | 86 |

Apresentação

O presente trabalho é requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde dos idosos pertencentes à Unidade de ESF João Paulo II, do município de Caicó/RN.

No primeiro capítulo apresentamos a análise situacional descrevendo o município ao qual pertence a unidade de saúde, a descrição da própria unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, apresentamos a análise estratégica utilizada, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma.

No terceiro capítulo, apresentamos o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. Já o quinto e sexto capítulos apresentam o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No sétimo capítulo apresentamos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E, ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para este trabalho bem como os anexos que serviram de orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Caicó está localizado na região centro-sul do estado distante 256 km da capital estadual, Natal. Principal cidade da região do Seridó. O seu território ocupa uma área de 1.228,574 km², o equivalente a 2,33% da superfície estadual, posicionando-o como o quinto município com maior extensão do Rio Grande do Norte.

Localizada na confluência dos rios Seridó e Barra Nova, na microrregião do Seridó Ocidental, exibe uma altitude média de 151 metros. Sua população em 2013 era de 66.246 habitantes, o que a coloca como a sétima cidade mais populosa do estado, sendo a segunda mais populosa do interior do Rio Grande do Norte, com uma densidade populacional de 51,04 habitantes por km².

Sua atração mais famosa é a Festa de Sant' Ana, realizada no mês de julho, que em 2010 foi tombada como patrimônio imaterial do Brasil. Caicó também é lembrada por seus bordados típicos, sua rica culinária típica, além de seu singular carnaval.

A cidade também é conhecida como centro pecuarista e algodoeiro. Apresenta o quinto maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do interior e semi-árido nordestino. Alcançando o maior índice de longevidade do Rio Grande do Norte. O município ainda se destaca por possuir o menor índice de exclusão social do estado.

O município possui 20 Unidades de Saúde. Destas, 17 são Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 3 de Atenção Tradicional. A Unidade de Saúde João Paulo II fica localizada no bairro do mesmo nome, atende em nível de ESF e possui uma equipe de saúde formada por uma enfermeira, um médico, um

odontólogo, um técnico de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, uma vacinadora, dois Agentes Comunitário de Saúde (ACS), três Auxiliares de Serviços Gerais (AGS), uma administradora e uma estagiária do IEL (Instituto Elvaldo Lorin).

A estrutura física é composta por uma sala de recepção, 1 consultório para avaliação médica, 1 consultório odontológico, sala de vacinas, sala para lavagem e esterilização de materiais, sala de reuniões, sala de vacinas, sala para triagem e curativos, banheiros, copa/cozinha.

A Unidade João Paulo II atende a uma população estimada de 3.056 usuários. Os prontuários são organizados por família tendo cada um deles a ficha individual. Do total da população, 1.239 são do sexo masculino e 1.817 são do sexo feminino. Destes, 362 são hipertensos e 109 diabéticos. Temos também 27 crianças menores de um ano com realização de consultas de puericultura. Estão em acompanhamento um total de 9 gestantes.

A instituição é financiada pelo município e pelo Estado, de acordo com a complexidade do serviço prestado, tendo como objetivos e finalidades o repasse automático fundo a fundo que responde a alguns critérios básicos para se garantir esse funcionamento. Geralmente a gestão acontece pelo Secretário de Saúde, onde o mesmo repassa à instituição algumas ações preconizadas pelo município, ficando a cargo da diretora administrar, dirigir e fazer cumprir a burocracia.

Os serviços que a Unidade de saúde oferece a população são consultas médicas, odontológicas, de enfermagem incluindo pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança (puericultura), planejamento familiar, demanda livre, Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (Hiperdia), visitas domiciliares, triagem e realização de curativos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda conta com os serviços de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A unidade de saúde atende a demanda de segunda a sexta feira das 7:00 às 11:00h e no turno da tarde das 13:30h às 17:00h por meio de distribuição de fichas e agendamentos, além de ter um horário programático para os diferentes grupos (Psicotrópicos, Hiperdia, Pré-natal, puericultura, demanda espontânea, entre outros), tendo como base as necessidades de saúde e os perfis epidemiológicos da população assistida pela equipe da ESF.

O serviço em saúde constitui em desafios ao longo da prática, da vivência construída ao longo do trabalho na ESF, para isso se faz necessário uma boa educação em saúde durante o processo de trabalho como também o trabalho em equipe, onde desenvolvemos na ESF e a partir dessas ações o serviço desempenha melhor suas finalidades onde a promoção, prevenção e recuperação do indivíduo são instrumentos de assistência diária.

Dessa forma, posso avaliar a situação da ESF em meu serviço de saúde como adequada, mas com necessidade de melhorias em algumas especificidades quanto ao processo de gestão.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O serviço de Saúde João Paulo II pertence ao município de Caicó localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, na microrregião do Seridó ocidental, na região centro sul do Estado, distando 256km da capital estadual, Natal. Atualmente, tem uma população de 67.000 habitantes, aproximadamente.

Em relação ao sistema de saúde pública, conta com 20 Unidades de Saúde. Destas, 17 são ESF e 3 são Unidades de Saúde Tradicionais. Todas as unidades com ESF possui disponibilidade de NASF. O município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quanto à disponibilidade de atenção especializada, temos cobertura para 14 especialidades como neurologia, cardiologia, ginecologia, otorrinolaringologia, ortopedia, psicologia, oncologia, nefrologia, urologia, oftalmologia, endocrinologia, geriatria, pneumologia, entre outras. O município conta com 3 hospitais sendo todos SUS, boa disponibilidade de exames laboratoriais nas áreas de imunologia, microbiologia, bacteriologia, análise de produto (água para consumo humano), pesquisa de coliformes totais, coliformes termo tolerantes e de turbidez.

A Unidade de saúde fica localizada na área urbana, situada na periferia do município e seu modelo de atenção é ESF, sob gestão plena do município e totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade conta apenas com uma equipe de saúde, composta por um médico clínico geral, uma enfermeira que coordena a equipe e atende os grupos do cronograma, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo, um técnico auxiliar de odontologia, uma

administradora, uma IEL, três ASG e dois ACS. A unidade está dividida em três micro áreas.

A estrutura física da unidade possui uma sala de espera para aproximadamente 15 pacientes com uma porta, sem janelas, sem ventilação e com uma deficiente iluminação, uma sala de recepção para acolhimento onde também estão os prontuários organizados em uma estante. As técnicas de enfermagem são responsáveis pelos agendamentos e organização dos prontuários. O serviço de saúde não possui sala para realização de reuniões e educação em saúde e nem sala para os ACS, mas possui um consultório médico climatizado com muita privacidade, um consultório de enfermagem com banheiro, uma sala para procedimentos de enfermagem, uma sala pequena para vacina, uma sala para farmácia e uma sala para nebulização, uma sala para odontologia, sem área específica para compressor, uma sala para esterilização, uma sala para coleta de material dos exames preventivos, uma cozinha e um banheiro para pacientes e outro para os profissionais. Todos os pisos são laváveis e de superfícies lisas, a cobertura de proteção encontra-se em mau estado e as portas não são do tipo de alavanca.

A unidade apresenta barreiras arquitetônicas, sendo inadequada para o acesso às pessoas deficientes. Não existem cadeiras de rodas à disposição dos mesmos. Dentre as principais limitações que podemos mencionar está a falta de rampa para os cadeirantes. No consultório odontológico não existe instrumental para instalação de próteses, assim como para a sua manutenção, sendo necessário recorrer aos serviços privados.

A população é muito carente, sem recursos e, assim há um grupo considerável de usuários com problemas dentários sendo necessário o desenvolvimento de um trabalho a fim de intervir satisfatoriamente na busca de soluções para estas dificuldades.

Em relação às atribuições da equipe, os profissionais realizam o mapeamento da área de atenção, com sinalização de comércio locais, igrejas, escolas e creches, objetivando melhor identificação e controle da área, contando com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.

São desenvolvidas ações como identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como

hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, entre outras. Estas atividades são realizadas no domicílio, nas escolas e na creche que existe na área. As atividades realizadas nos domicílios são: consulta médica e de enfermagem, aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, curativos, vacinação, revisão puerperal, educação em saúde, entregas de medicamentos, trocas de sondas e, às vezes, aplicação de medicamentos por via intramuscular.

É importante incentivar a toda a equipe de saúde para a realização de outras atividades que ainda são desconhecidas, especialmente pelos ACS e que são muito importantes para que a atenção primária à saúde alcançando maior sucesso. Por exemplo, a busca ativa de doenças e agravos de notificação obrigatória já realizada pelos ACS, mas não com muita qualidade bem como a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade. Compartilhei minha experiência em Cuba e em outros países em busca de melhoria desta ação.

A população da área adstrita à unidade é composta por 3.056 habitantes. Destes, 1.817 são do sexo feminino e 1.239 são masculinos com um total de 552 famílias cadastradas. Entre os 1.324 usuários menores de 15 anos 421 são do sexo masculino e 903 do sexo feminino. Entre 20 e 59 anos são cadastrados na unidade 1.681 usuários, sendo 419 do sexo masculino e 862 do sexo feminino. A população com mais de 60 anos soma 251 usuários divididos em 87 do sexo masculino e 164 femininos.

Esta população está dividida em 3 micro áreas, mas pelo fato de termos apenas dois ACS uma área é descoberta sendo atendida integralmente pela equipe de saúde. Os agentes comunitários de saúde mantêm o controle das necessidades da população.

A atenção à demanda espontânea inicia pelo acolhimento desde a chegada do usuário na unidade. Este acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem e, posteriormente, o usuário é atendido pela enfermeira e pelo médico. Em média, após o acolhimento o atendimento é realizado em torno de dez minutos. Busca-se realizar uma anamnese e exame físico completos, esclarecendo ao usuário sobre a doença e tratamento para que o mesmo não fique com dúvidas.

A unidade inicia as atividades às 7:00h, com acolhimento dos usuários na sala de espera. São agendados 20 atendimentos por dia. Ainda, são atendidos urgências e/ou emergências de usuários com febre, vômitos, crise de hipertensão, hiperglicemia, asma brônquica, entre outros.

Atendimentos à usuários que necessitam de receitas e/ou medicamentos são prestados pela equipe após triagem e avaliação de riscos biológicos. Além da avaliação do risco biológico, também é realizada uma avaliação e classificação de vulnerabilidade social a fim de definir os encaminhamentos. Em caso de necessidade de atendimento em outro nível de atenção à saúde os usuários são encaminhados para o hospital regional do município.

Mediante o estudo do caderno de atenção das demandas espontâneas e do fluxograma do Ministério da Saúde, pela nossa equipe, foi possível dispor de uma ferramenta muito importante para continuarmos organizando o acolhimento das demandas espontâneas em nosso serviço. Não existe excesso de demanda espontânea. Uma das maiores dificuldades que temos são os encaminhamentos aos especialistas, os quais podem levar até oito meses para ser atendidos, o que traz como consequência a insatisfação da população. Por isso, é necessário convocar os grupos de apoio e gestores de saúde para um momento de discussão a fim de resolver este problema.

Em relação à saúde da criança, as consultas de puericultura são realizadas pelo médico, enfermeira e técnicas de enfermagem, uma vez por semana em um único turno. Em todas as consultas as carteiras da criança são solicitadas para avaliar o estado vacinal e as curvas de crescimento quanto à estatura e ganho ponderal, avaliando seu estado nutricional.

Nas consultas e em visitas domiciliares oferecemos atividades de orientação e promoção em saúde a todas as mães, explicando a importância do acompanhamento adequado das crianças, além de oferecer orientações sobre como prevenir acidentes, violências e também sobre hábitos alimentares saudáveis. Até o momento, a unidade não tem grupos para mães das crianças da puericultura, mas após conclusão do cadastramento total da população, devemos conseguir a organização deste grupo.

Neste momento, são desenvolvidas ações quanto ao cuidado da criança como tratamento de problemas clínicos gerais, imunizações, prevenção de

anemia, promoção de aleitamento materno exclusivo. Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura. Estas atividades permitem a identificação mais facilmente das crianças faltosas e das em atraso com as vacinas. Na Unidade é realizado atendimento de puericultura para crianças de 0 até 12 meses com periodicidade mensal, mas em caso de risco, este é avaliado semanalmente ou encaminhado. As crianças de 12 a 24 meses são atendidas trimestralmente e as com até 72 meses, semestralmente.

Existe demanda de crianças até 72 meses para atendimentos de problemas de saúde agudos sendo os mais frequentes infecções respiratórias agudas, verminoses e doenças de pele, mas sem excesso. É um desafio para a equipe melhorar os aspectos quanto à atenção à saúde da criança. Já estamos trabalhando para incrementar as captações de neonatos com visitas domiciliares periódicas por parte dos ACS.

Os ACS buscam, antes dos 7 dias, a toda puérpera após alta da maternidade para realizarmos visita domiciliar, orientam quanto a importância do acompanhamento por parte dos profissionais e também para dar início ao acompanhamento da atenção à saúde da criança por meio das consultas de puericultura.

Quanto à cobertura, segundo as estimativas teríamos um total de 45 crianças menores de um ano. No entanto, temos 27 (60%) residentes e acompanhadas. Destas, 23 (85%) crianças estão com as vacinas em dia e 27 (100%) estão com avaliação bucal, orientação para alimentação materno exclusiva, orientação para prevenção de acidentes, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta.

O cuidado Pré-natal e consulta puerperal, é ofertado uma vez por semana, no turno da manhã, com agendamento da próxima consulta. Não há gestantes fora da área de cobertura. Este atendimento é realizado pelo médico, enfermeira e também o odontólogo. Temos protocolo de atendimento pré-natal.

As ações desenvolvidas quanto ao cuidado das gestantes objetivam alcançar um adequado atendimento pré-natal e evitar complicações durante a gestação e o parto. Dentre as ações destaca-se o diagnóstico e tratamento de

problemas clínicos gerais, saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, vacinas, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Os atendimentos às gestantes são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimento odontológico e fichas espelho de vacinas. Utiliza-se o cartão da gestante para explicar à mesma o significado do posicionamento do peso na curva de ganho ponderal, a importância da avaliação de saúde bucal e, além disso, se recomenda a revisão puerperal até os 7 dias pós-parto.

A equipe realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da Unidade uma vez ao mês, com participação da enfermeira, médico e ACS. Ainda, temos vários pontos fracos do atendimento pré-natal e estamos trabalhando muito intensamente para mudar os indicadores, tais como cadastramento desatualizado, atraso na consulta de alto risco, atraso para realização de exames laboratoriais e captações tardias de gestantes. Da mesma forma, é necessário fazer uma busca ativa de gestantes para ampliar a cobertura e as captações precoces, além de organizar o trabalho para que as puérperas sejam acolhidas tanto pelo médico como pela enfermeira nos primeiros sete dias pós-parto. Neste aspecto, os ACS têm papel importante, devendo estar munidos de informações sobre as gestantes e sobre as datas do parto para assim garantir um atendimento de qualidade.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas teríamos um total de 46 gestantes, mas acompanhamos apenas 12 (26%). Das acompanhadas, a todas foi solicitado os exames laboratoriais na primeira consulta, estão com as vacinas em dia conforme o protocolo, receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e estão com exame ginecológico por trimestre em dia.

Quanto ao controle do câncer de colo de útero, a coleta de exames preventivos é realizada pela enfermeira uma vez por semana, em um único turno, com agendamentos prévios. Os atendimentos são registrados de forma adequada no livro de registros dos exames. As usuárias são orientadas a retornar para retirada dos resultados e, em caso de necessidade, para dar início ao tratamento e/ou acompanhamento adequado. No entanto, nem todas cumprem as orientações e demoram muitos meses para voltar e receber as orientações de acordo com o resultado do preventivo.

Uma das maiores dificuldades que temos é quanto ao retorno dos resultados à unidade que, às vezes, levam até 5 meses para chegar à unidade e, assim as mulheres, apresentam grande resistência para a realização dos exames preventivos.

Estamos trabalhando fortemente neste sentido tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. A equipe desenvolve atividades de orientação para aquelas usuárias que não realizam este exame de forma periódica, além de identificarmos as que nunca fizeram, explicamos a importância de um diagnóstico precoce da doença. Não temos mulheres fora da área de cobertura em acompanhamento na unidade. Utilizamos protocolo para atendimento de câncer de colo de útero e temos um arquivo específico para o registro dos resultados.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas teríamos um total de 768 mulheres entre 25 e 64 anos, mas residentes e acompanhadas pelo serviço temos um total de 632 (82%). Dentre as mulheres acompanhadas 100% estão com os exames citopatológicos em dia; com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e exames coletados com amostras satisfatórias. No entanto, temos 222 (35%) que apresentaram resultados alterados e nenhuma delas se encontra com o exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso.

Para o controle de câncer de mama são realizadas consultas com orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade e controle de peso corporal. Também são realizadas ações sobre os malefícios do consumo de álcool, de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, incluindo autoexame da mama e solicitação de mamografia. Não temos mulheres fora da área de cobertura em acompanhamento na unidade.

O tipo de rastreamento do câncer de mama é oportunístico. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografias são registrados somente em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama.

Isso, de certa forma, impossibilita o conhecimento em profundidade dos resultados, mas estamos trabalhando neste sentido, planejando estratégias para aumentar os indicadores deste programa.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas teríamos um total de 229 mulheres entre 50 e 69 anos. O serviço de saúde acompanha um total de 113(49%). Dentre as acompanhadas, 100% estão com mamografia em dia e orientação sobre prevenção do câncer de mama; nenhuma está com mais de 3 meses de atraso na realização da mamografia e 18 (16%) possuem avaliação de risco. Ainda é necessária a finalização do cadastramento para que o trabalho possa ser organizado e o acompanhamento desta parcela da população possa ser mais efetivo.

Quanto aos usuários hipertensos, a estimativa seria de 633 usuários com 20 anos ou mais residentes na área. No entanto, acompanhamos 362 (57%) usuários com 20 anos ou mais que são cadastrados na unidade. Deles, nenhum se encontra com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 100% estão com os exames complementares periódicos em dia, orientação sobre práticas de atividades físicas e avaliação bucal em dia. O atendimento aos hipertensos acontece duas vezes por semana, em um único turno pelo médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS e também durante as visitas domiciliares.

Nas consultas são realizadas ações a fim de promover hábitos alimentares saudáveis, orienta-se sobre o controle de peso corporal, estimula-se a prática regular de atividades físicas e sobre os malefícios do tabagismo explicando também aos usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS.

Além disso, são desenvolvidas ações no cuidado aos usuários hipertensos como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de saúde, problemas bucais, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo agendando-se sempre a próxima consulta de retorno.

Além das consultas programadas para acompanhamento de usuários hipertensos, existe demanda de adultos para atendimento de problemas agudos, mas sem excesso. Também temos usuários fora da área de cobertura em acompanhamento na unidade, os quais têm registro na unidade independentemente de pertencerem a uma área descoberta. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, existe arquivo específico para os registros de hipertensos. Também temos protocolo de atendimento para adultos portadores de HAS.

O cuidado aos usuários com Diabetes Mellitus (DM) é realizado em dois turnos, pela manhã. As consultas são realizadas pelo médico, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem e ACS objetivando incentivar a promoção de hábitos saudáveis, controle de peso corporal, estimulação da prática regular de atividades físicas, orientação sobre os malefícios do tabagismo, entre outras.

São desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, saúde bucal, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os usuários saem com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de adultos para atendimento devido a problemas agudos, mas sem excesso.

Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos. Temos protocolos de atendimento de diabéticos e arquivo específico para os registros dos atendimentos. Não há profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos usuários com DM. Às vezes, faltam os medicamentos para tratamento destas doenças e os resultados dos exames demoram muito para retornar à unidade. Além disso, em todas as consultas realiza-se busca ativa de HAS e DM, ou seja, todo o paciente é investigado quanto a fatores de risco, a fim de diagnosticar precocemente estas patologias.

Quanto à cobertura, as estimativas apresentam um total de 181 usuários diabéticos com 20 anos ou mais. No entanto, na unidade temos como residentes e acompanhados um total de 109 (60%). Destes, nenhum se encontra com atraso da consulta em mais de 7 dias e 100% estão com avaliação de saúde bucal em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses em dia.

A atenção à saúde dos idosos é dispensada em três dias por semana no turno da manhã, pelo médico clínico geral, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem e ACS. Após a consulta o idoso sai com o retorno agendado. Temos usuários idosos fora da área de cobertura em acompanhamento na unidade, mediante visitas domiciliares programadas. Durante as consultas são desenvolvidas ações para o cuidado aos idosos tais como imunizações, promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, promoção da

saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Utilizamos protocolo de atendimento para idoso e também se utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. Sempre se explica ao idoso e/ou a seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência em idosos tais como HAS, DM e depressão. Os atendimentos aos idosos são registrados nos prontuários, fichas de atendimento odontológico, fichas espelho de vacinas, caderneta de saúde da pessoa idosa. Esta caderneta é solicitada e preenchida em cada consulta por todos os profissionais da unidade, atualizando todas as informações como vacinas, controle de Pressão Arterial (PA), peso, glicemia, assim como a data da próxima consulta programada segundo o calendário do ministério de saúde.

Não existe arquivo específico para os registros do atendimento aos idosos e seria importante sua existência para busca de idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco, procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas, entre outras. À administração da Secretaria de Saúde foi solicitada a busca em arquivos existentes, na possibilidade de solucionar esta dificuldade. Também não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, o que é essencial para que a equipe possa planejar e avaliar qualquer ação programática da unidade.

As estimativas do Caderno de Ações Programáticas apresentam um total de 330 idosos com 60 anos ou mais residentes na área de cobertura. Nossa realidade apresenta-se bastante distante desta, pois temos um total de 151 (46%) residentes e acompanhados nesta faixa etária. Destes, 76 (50%) são hipertensos e 19 (13%) são diabéticos; 100% possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, estão com o acompanhamento e avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Não temos avaliação multidimensional rápida.

Analisando em sentido geral há potencialidades e limitações que ainda estão por resolverem-se como limitações quanto à relação de medicamentos definidos no elenco de referência nacional da atenção básica. Contamos apenas

com medicamentos essenciais, temos falta de antibióticos importantes, medicamentos para doenças crônicas como HAS e DM, entre outros.

Não contamos com testes diagnósticos a fresco de secreção vaginal, teste de gravidez nem exames para detecção de alterações patológicas na urina. Em relação à atenção aos usuários idosos não temos avaliação multidimensional rápida, nem indicadores de fragilização na velhice, nem contamos com protocolo para atendimento aos mesmos, mas temos potencialidades como aumento do número de consultas de puericultura, da atenção pré-natal, com diminuição do número de atendimentos por demanda espontânea. Existe uma melhoria em termos das consultas programáticas e aumentou o número de horas de atendimento da unidade de saúde. Está sendo desenvolvido o acolhimento com qualidade, escuta adequada, evitando diferenciações com avaliação e estratificação de risco priorizando aquelas situações de urgência.

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

Por meio deste relatório, comprovo que os maiores desafios que tenho pela frente são, em primeiro lugar, melhorar os indicadores de saúde do município e, sobretudo, da população adstrita à unidade. Em segundo, fortalecer a prevenção e promoção da saúde. Em terceiro, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, trabalhando sobre os fatores de riscos, fortalecendo o trabalho educativo em grupos com maior risco que são os adolescentes, usuários de drogas e álcool. Também organizar os atendimentos aos usuários idosos e garantir uma avaliação de risco, fazer promoção e captação para as consultas de puericulturas e pré-natal, entre outros.

Acredito que com o trabalho do dia-a-dia, especialmente com a união da equipe, conseguiremos que a atenção básica de saúde seja um sucesso em nosso serviço. Após esta análise situacional exaustiva e detalhada durante várias semanas em minha Unidade, considero em relação a tarefa da segunda semana de ambientação quanto a situação da ESF em meu serviço que existe uma grande diferença. Agora tenho uma outra visão, já que muitas coisas mudaram e, por meio desta análise abordei muitas temáticas de interesse que me permitiram refletir sobre a importância do conhecimento de minha população e seus

problemas, condições culturais, econômicas e sociais, observando algumas potencialidades quanto às mudanças, pois a partir do novo cadastramento, a equipe encontrar-se-á muito mais engajada com a população adstrita, realizando a busca ativa daquelas pessoas que precisam de atendimento domiciliar.

Ainda, além de identificar e orientar a outros que precisam de atendimento imediato, estamos trabalhando fortemente para melhorar as formas de registros de todas as ações desenvolvidas na Unidade. Para isso, já foram reorganizados os arquivos para o armazenamento dos prontuários, mas continuamos trabalhando neste sentido. Aumentamos o número de reuniões da equipe para construirmos a agenda de trabalho, organizamos os processos, discutimos casos clínicos vistos durante a semana e os casos que foram trazidos pelos ACS. Na Unidade, apesar de não contar com as condições estruturais favoráveis, nossa equipe vem intensificando e fortalecendo as ações educativas que a população não dava importância.

Assim, tem se fortalecido os vínculos entre a equipe de saúde e a população. Agora me sinto com maior capacidade para poder planejar ações encaminhadas a fim de melhorar a saúde da população. Sabemos que ainda há um trabalho muito grande pela frente, mas tenho certeza de que todos juntos vamos alcançar resultados muito positivos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um envelhecimento de qualidade é direito de toda e qualquer pessoa. Nos países desenvolvidos o envelhecimento está associado à melhoria nas condições de vida, não sendo esta a realidade nos países em desenvolvimento. Um considerável número de pessoas idosas são atingidas por doenças crônicas não transmissíveis, pelo que se faz necessário um acompanhamento eficaz, tanto por profissionais da saúde como pelos familiares. Essas doenças crônicas, geralmente, interferem na qualidade de vida dos idosos dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho de atividades cotidianas de forma independente. As políticas de saúde têm como função contribuir para que as pessoas alcancem longevidade de vida com qualidade (BRASIL, 2010).

Reconhecer que a população de modo geral está envelhecendo é o que nos move inicialmente a pensar de modo mais focado e objetivo nas ações de saúde voltadas para a população idosa pertencente à Unidade de Saúde João Paulo II, Caicó/RN. Pensar em estratégias de implementação do cuidado ao idoso sob um olhar preventivo, educativo e com redução de riscos e danos, buscando uma melhoria na qualidade de vida, uma vez que é notável o crescimento da expectativa de vida ao observamos os índices de envelhecimento não apenas no Brasil, mas de modo global.

Ainda, é importante pensarmos em indivíduos com envelhecimento saudável, em que cada vez mais são necessários espaços em que possam exercer sua cidadania de modo ampliado, com direito ao acesso à saúde e melhoria nas condições de vida. Ofertar saúde implica não apenas pensar em um ser saudável, mas com autonomia de vida e poder de decisão sobre seu papel na sociedade. Isto fica muito claro na Portaria/GM nº 399 publicada em 22/02/2006,

que versa sobre o pacto pela vida e a saúde do idoso. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira (IBGE, 2010).

E, segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto que a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Melhorar a qualidade do atendimento dispensado à pessoa idosa é a principal meta da intervenção proposta, viabilizando qualificar a equipe de forma mais focada, ampliar o acesso da população e corrigir possíveis falhas no modelo assistencial, modificando inclusive alguns processos de trabalho. Entendemos que a Unidade apresenta algumas dificuldades relacionadas à estrutura física que deverão ser corrigidas, possibilitando assim acesso irrestrito para essa parcela da população a fim de qualificar a atenção à saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na ESF João Paulo II, Caicó/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações direcionadas à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de ESF João Paulo II, do município de Caicó/RN. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participarão da intervenção todos os idosos pertencentes à unidade de saúde com 60 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idosa área adstrita da Unidade de Saúde.

Meta 1.1 – Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade estratégias para que o cadastro seja ampliado paulatinamente, de modo a garantir que a meta programada seja atingida com brevidade e mantida.

Organização e gestão do serviço: Garantir cadastro e registro atualizado de 100% dos idosos na Unidade e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); melhorar o acolhimento para os pacientes com mais de 60 anos e garantir material e insumos para a assistência, inclusive o de fundo educativo.

Detalhamento: Ampliar os cadastros, pois é necessário que os registros da unidade referentes a esta população sejam fidedignos. Foi evidenciado no relatório situacional que há necessidade de criar um espaço físico para armazenar tais registros, com estantes apropriadas, facilitando assim o acesso à informação. Também se mostrou de grande importância capacitar a equipe para a realização do acolhimento e escuta qualificada garantindo a adesão da população foco.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso e dos grupos destinados a eles na unidade.

Detalhamento: A informação tem se mostrado muito importante quando de fato circula de maneira adequada e coerente. Pessoas esclarecidas certamente sentir-se-ão mais acolhidas e seguras com informações recebidas, tendem a aderir ao tratamento e/ou acompanhamento pela equipe com menor resistência. Diante desta realidade, realizaremos reuniões mensais com a equipe para planejamento desta atividade a fim de informar a comunidade sobre a importância de trabalhar prevenção em saúde nessa população e orientar a mesma sobre os fatores de risco de adoecimento na população em foco.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitação dos ACS para o acolhimento e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde incluindo os idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço de saúde e para acolher as necessidades do idoso dentro da unidade. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Capacitar a equipe envolvendo os ACS, pois o conhecimento sobre a necessidade específica de cada grupo, permite a

compreensão acerca da importância das ações, e isso garante maior engajamento junto à causa.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, pelo menos anual, em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento:Essa prática dará subsídios para elaborar estratégias de cuidado multidisciplinar ao idoso no decorrer do ano.

Organização e gestão do serviço: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen, entre outros). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal instrumentos necessários para a realização da avaliação e integrar a equipe para que cada um dentro de suas especificidades contribuam para desenvolver a atividade.

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

Detalhamento: Empoderar a comunidade e o usuário quanto as suas necessidades para que se estabeleça uma relação de confiança e clareza de finalidades.

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

Detalhamento: Adotar um modelo de protocolo de avaliação multidimensional, realizar a partir de então encontros para que seja de conhecimento geral quais as finalidades e formas corretas de preenchimento do referido protocolo.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento garante segurança ao paciente e à equipe diante da tomada de decisões futuras quanto à terapêutica necessária para cada um. Assim, o monitoramento do exame clínico deverá ser realizado por meio dos registros em prontuário.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidade.

Detalhamento: Promover capacitação periódica aos membros da equipe, pois cada membro da equipe tem sua importância e desenvolve suas ações específicas, quando finalizadas juntam-se ao todo, garantindo atendimento de forma holística ao usuário.

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

Detalhamento: O idoso tem maiores riscos para doenças cardiovasculares, neurológicas e diabetes, grande parcela dessa população tem apresentado estas patologias. Entender essa particularidade, o enquadra nas ações específicas dos protocolos para essas enfermidades, sendo assim de

grande importância tais avaliações e orientações para que o cuidado possa ser efetivo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Entender que o exame clínico é a primeira ação e não menos importante que as demais, é diferencial para que recursos sejam bem aproveitados e o gerenciamento do tempo para as demais condutas bem determinado. Assim, capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, pois essa ferramenta poderá ser o diferencial em todo o processo.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Avaliar a necessidade de exames complementares levando em consideração as comorbidades pertinentes ao grupo e suas particularidades quanto a riscos solicitando-os conforme a necessidade de cada um.

Organização e gestão do serviço: 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 os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para que a qualidade no atendimento seja atingida, os exames complementares deverão ser solicitados sempre que necessário garantindo o atendimento da solicitação por meio de pactuação junto ao gestor e a equipe deverá estar atenta quanto ao cumprimento dos protocolos.

Engajamento público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares enquanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Há, em muitos momentos a real necessidade de se estabelecer diagnósticos precisos, os exames complementares vem corroborar com essa ideia, indicando assim possibilidades quanto à terapêutica mais apropriada. Assim, por meio de orientação fornecida em encontros de idosos divulgaremos aos pacientes e à comunidade em geral a importância dos idosos manterem atualizados os exames complementares.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O idoso, como já foi dito anteriormente, possui comorbidades clínicas tais como diabetes e hipertensão. Pensando nesse pressuposto, é importante inseri-los em programas a fim de promover qualidade de vida ao mesmo além de aumentar a sua expectativa de vida. Para isso, pretendemos capacitar a toda equipe para que observe os protocolos quanto a solicitação de exames complementares para controle da sua saúde.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento:Acompanhar a distribuição de medicamentos de uso contínuo por meio de uma planilha, avaliando possíveis adequações.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamento e manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Manter rigoroso controle de entradas,saídas e pedidos observando uma margem de segurança para os novos pacientes cadastrados, normalmente de 30% por meio de planilhas de controle.

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

Detalhamento: Fornecer orientações aos pacientes e comunidade em geral em momentos de consultas, grupos e encontros quanto à disponibilidade de

acesso às medicações do programa atrelados à farmácia popular, pois isto poderá garantir uma melhor adesão medicamentosa.

Qualificação da prática clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Capacitar a equipe para que tome conhecimento acerca das medicações para tratamento oferecidas no Programa HIPERDIA, pois o conhecimento é de fundamental importância para a qualificação profissional, educação continuada, devendo ser uma prática constante.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Manter uma listagem atualizada dos pacientes idosos acamados para monitoramento de sua saúde. É um trabalho importante para garantir que sejam adotadas providências para atender a todos os acamados por meio das visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Manter registros atualizados dos pacientes idosos acamados, pois os mesmos fornecem subsídios para que sejam efetivadas as ações futuras, como visitas domiciliares e busca ativa.

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

Detalhamento: A comunidade e o público alvo são os mais interessados em propostas voltadas às ações para a pessoa idosa. Assim, informar a todos sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na Unidade para que todos possam ser beneficiados pelo mesmo.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Orientar e fornecer subsídios aos ACS para que fichas de acompanhamento sejam preenchidas de modo correto, além de atentar quanto à busca ativa de acamados em visitas domiciliares.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Manter organização das visitas domiciliares, buscando priorizar casos mais graves e discutir os mesmos entre a equipe para garantir que todos os acamados ou com dificuldade de locomoção sejam vistos e avaliados pela equipe dentro um prazo razoável, bem como a reavaliados quando necessário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Realizar levantamento de dados e organizar visitas de forma sistemática aos acamados ou com problemas de locomoção de modo a garantir que todos recebem cuidados.

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

Detalhamento: Fornecer à comunidade a opção de deliberar e decidir junto à equipe quanto aos casos necessários para serem acompanhados por visitas domiciliares, estar atendo para as demandas da comunidade.

Qualificação da prática clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Orientar os ACS para manterem registros das visitas realizadas, com detalhamento de ações que foram realizadas e outras ainda que necessitam de acompanhamento sistemático, estar atento para novos casos e identificar as prioridades.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Cruzar dados dos programas, na tentativa de confrontar as comorbidades, levantando o número de idosos com HAS que estão em acompanhamento no serviço.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Sensibilizar toda a equipe para que o acolhimento seja constante e rotineiro, com atenção particular ao idoso, ainda realizar de forma sistemática a aferição do equipamento, (esfigmomanômetro e manguitos) garantido assim exames mais precisos.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância da realização da medida de pressão arterial após os 60 anos de idade, pois essa prática é bastante eficiente e permite registros em mapas semanais para observação das taxas pressóricas apresentadas em um determinado período de acompanhamento.

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

Detalhamento: Gerenciar tomadas de decisões, capacitar a equipe para aferição de pressão arterial de forma sistêmica e criteriosa conforme recomendada observando as práticas realizadas para que diagnósticos e tratamentos sejam eficazes.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Buscar dentro do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus (conhecido como Hiperdia), idosos da unidade já cadastrados neste programa, levantar e atualizar dados em uma planilha, fornecendo subsídios para planejamento de ações.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Garantir o acolhimento a todos os idosos, pois a Unidade necessita ser porta aberta para o usuário que necessita de acompanhamento e monitorização para o diabetes na unidade, garantindo testes rápidos e observando criteriosamente o usuário que tenha necessidade de maior atenção.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Utilizar espaços de educação em saúde, mensalmente, para alertar a comunidade e o público alvo para as necessidades de atenção à pessoa com hipertensão sobre desencadeamento para o diabetes mellitus neste paciente.

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

Detalhamento: Orientar a equipe quanto ao monitoramento da pessoa idosa, garantir que todos utilizem o equipamento para teste rápido, com leitura correta dos dados fornecidos.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Manter a saúde bucal é essencial para a prevenção de muitas doenças e, ainda, uma alimentação saudável contribui para o sucesso das terapêuticas propostas. Assim, monitoraremos os idosos que necessitam de acompanhamento odontológico por meio das fichas-espelho e agendando-os com a equipe odontológica.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Buscar espaço na agenda odontológica para atendimento específico da população alvo, garantindo que, paulatinamente, todos os idosos cadastrados sejam avaliados e recebam tratamento

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: Realizar palestras, junto à equipe de saúde bucal dentro dos grupos de idosos, ressaltando a importância de uma boa ingestão alimentar como promoção de saúde.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde para avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico e solicitar apoio, especialmente, da equipe de odontologia na busca de encorajar a população alvo na adesão ao tratamento de sua saúde bucal.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Fazer levantamento dos idosos acompanhados pela equipe de saúde bucal da unidade por meio das fichas-espelho, observando deste quantitativo, que percentual necessita ser resgatado para atendimentos.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Dentro da agenda de saúde bucal, abrir espaço para atendimentos semanais ao idoso, ofertando prioritariamente a atenção, garantindo retorno com agendamento já ofertado.

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

Detalhamento:A comunidade de posse de informação se fará mais presente nos atendimentos, mediante facilidades e portas abertas ao público alvo.

Qualificação da prática clínica:Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Realizar com a equipe fóruns de discussões para atendimento prioritário, acolhimento diferenciado, busca ativa e olhar clínico.

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Realizar o monitoramento por meio da observação das cadernetas sempre que o idoso visitar a unidade, mantendo monitoramento das consultas conforme periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para busca dos faltosos e a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A busca ativa é um instrumento potente para o seguimento de tratamento de modo eficaz, assim, realizar visitas domiciliares, pois as mesmas são consideradas como um dos melhores instrumentos.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar a evasão dos idosos às ações na unidade. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Utilizar o espaço de palestras educativas para esse fim.

Qualificação da prática clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Reunir a equipe e discutir melhores estratégias para as orientações específicas. Esta discussão promoverá a capacitação da equipe e favorecerá a diferença na atenção ao idoso na unidade de saúde.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 – Manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Incentivar a todos os profissionais para que realizem registros de forma efetiva para que se possa monitorar o acompanhamento dos idosos de forma efetiva, pois a atualização dos dados permite o acompanhamento

em intervenções posteriores. Criar arquivo específico para registro do acompanhamento dos idosos.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco.

Detalhamento: Escolher dentre os profissionais da equipe, pelo menos um, para responsabilizar-se pelo envio das informações ao SIAB e acompanhar o monitoramento dos registros. Organizar uma planilha a fim de acompanhar a situação das consultas, exames complementares e a realização de estratificação de risco.

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

Detalhamento: Utilizar o momento das atividades realizadas com a população alvo para orientar quanto ao direito de terem acesso aos registros efetuados em seu prontuário e a segunda via, caso seja necessário.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do idoso.

Detalhamento: Capacitar à equipe da unidade de saúde para que sejam realizados os registros de forma adequada dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Atualizar os dados e verificar se os registros estão sendo alimentados de forma correta dará uma real dimensão do acompanhamento do paciente.

Organização e gestão do serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Ter em mãos os instrumentos de trabalho, é uma ação básica e eficaz para que não haja comprometimento na assistência e acompanhamento mais preciso das ações futuras. Assim, garantir junto ao gestor a caderneta de saúde do idoso.

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

Detalhamento: Explicar aos idosos, que na caderneta constam os dados relevantes sobre a sua saúde e que estes serão considerados em qualquer outro nível de assistência facilitando tomadas de decisões e esclarecendo precocemente possíveis dúvidas do profissional que o assiste naquele momento.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Dados precisos necessitam ser inseridos de forma completa e legível. Capacitar a equipe para que esteja atenta para o preenchimento de forma clara, correta e objetiva.

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

Meta 5.1 – Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, com atenção especial para estratificação do risco cardiovascular em idosos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Monitorar a realização de estratificação de risco dos pacientes idosos por meio dos registros efetuados em prontuário do idoso, pois esse procedimento garante que intercorrências graves possam vir a ocorrer, pois o idoso é um potencial paciente portador de doenças cardiovasculares, de posse desta informação faz-se necessário avaliar todos os riscos envolvidos.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, garantindo atendimento prioritário aos idosos.

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

Detalhamento: Esclarecer aos idosos e a comunidade quanto à importância do controle adequado de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo atentando para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Essa ação dará a dimensão de quantitativo do público alvo a ser trabalhado dentro de um projeto de redução de agravamentos de patologias, como a depressão, por exemplo. Assim, monitorar por meio da ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Entender esse grupo, como sendo de risco maior para adoecimento, gera a necessidade de um olhar mais aproximado e diferenciado, garantindo repostas rápidas e objetivas, assim o atendimento a esta parcela da população será priorizado por meio de agendamento.

Engajamento público: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Estabelecer vínculos com este grupo pode garantir uma adesão mais eficiente. Esclarecer dúvidas e permitir acesso aos serviços da unidade de saúde poderá estabelecer uma relação de confiabilidade entre equipe e idoso.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Estudar manuais, detalhar casos e discutir ideias, fará a equipe ser conhecedora de muitas situações de risco para a fragilização. Anotar os registros e avaliar seguimento de tratamento possibilitará ações de intervenção mais precisas.

Meta 5.3 – Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Investigar junto à família, quais as relações que podem ser fortalecidas, utilizar os mecanismos de serviço social do município, avaliando os vínculos já estabelecidos.

Organização e gestão do serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Organizar dentro do serviço agenda para visitas domiciliares sistemáticas àqueles idosos em situação de risco social, ou com histórico de abandono.

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

Detalhamento: Buscar uma rede de atenção ao idoso, fortalecendo parcerias junto a outros seguimentos da comunidade, verificar que trabalhos são desenvolvidos e quais deles podem inserir o idoso nas estratégias, como aulas de trabalhos manuais, dança ou esportes.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Envolver toda a equipe na atenção, pois isso fará dela uma equipe potente e capacitada. Utilizar reuniões para discutir casos mais específicos e elaborar juntos um projeto de intervenção, será de grande relevância para o sucesso do projeto.

Objetivo 6 – Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais nutricionistas nesta atividade organizando práticas coletivas e monitorando individualmente os obesos ou desnutridos, pois alimentar-se bem e de forma sistemática pode garantir um bom aporte nutricional.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: O profissional nutricionista é a pessoa mais indicada na equipe para realizar tal tarefa, mas não necessariamente apenas este pode fornecer orientações básicas sobre o assunto. Capacitar toda a equipe para que possa fornecer orientações adequadas na ausência do profissional nutricionista.

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

Detalhamento: Utilizar oportunidades como palestras educativas para fornecer orientações da prática de alimentação saudável, levando em consideração os grupos alimentares bem como horários apropriados, entre outras informações pertinentes.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis. Buscar orientações sobre metodologias de educação em saúde junto a profissionais da área capacitando a equipe para oferecer orientações adequadas

aos idosos quanto à importância da manutenção de hábitos alimentares saudáveis.

Meta 6.2 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes idosos.

Ações por eixo:

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade organizando práticas coletivas como na rotina na unidade.

Organização e gestão do serviço: 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: Solicitar um profissional educador físico que possa dar suporte adequado quanto às orientações pertinentes para realização de atividades físicas como práticas regulares e constantes no grupo de idosos. Este, pode ser membro da equipe NASF.

Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Estimular de forma lúdica aos idosos (pode ser a forma mais fácil de conseguir adesão da comunidade e do público alvo) a realizar atividades na comunidade utilizando espaços sociais ou outros como conselhos comunitários para esta prática. Explicar a necessidade de práticas corporais e integrativas para a melhoria da qualidade de saúde da população idosa.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de atividade física regular. Buscar orientações sobre metodologias de educação em saúde junto a profissionais da área capacitando a equipe para oferecer orientações adequadas aos idosos quanto à importância da atividade física na ausência deste profissional.

Meta 6. 3 – Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos idosos por meio de campanhas educativas. Fornecer orientação sobre riscos do tabagismo aos idosos. Pactuar junto à equipe de saúde bucal ações específicas para o público alvo, viabilizando seguimento de tratamento adequado.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

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

Engajamento público: Orientar idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, do cuidado com as próteses dentárias.

Detalhamento: Orientar idosos e a comunidade sobre a importância do cuidado com a higiene bucal e com as próteses dentárias além de orientar aos idosos tabagistas sobre a existência de tratamento medicamentoso para abandonar o vício.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas quanto à higiene bucal, cuidado com próteses dentárias.

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de cuidados com a saúde bucal. Buscar orientações sobre metodologias de educação em saúde junto a profissionais capacitados a fim de capacitar a equipe para que possa oferecer orientações adequadas aos idosos quanto à higiene bucal e cuidados com próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores listados a seguir estão relacionados às metas estabelecidas para este projeto de intervenção.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6– Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Utilizaremos para o processo de intervenção, orientações constantes no manual de “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde, 2010 e o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” do Ministério da Saúde, 2006.

Objetivando-se ampliar os cadastros, pois é necessário que sejam fidedignos os registros da unidade referentes à esta população, criaremos um espaço físico, com estantes apropriadas para armazenar tais registros, facilitando assim o acesso à informação. Será realizada capacitação com a equipe no intuito de melhorar o acolhimento e escuta qualificada garantindo a adesão da população foco.

Será implantada capacitação dos ACS para o acolhimento e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde incluindo os idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço de saúde para acolher as necessidades do idoso dentro da unidade e ainda uma capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização. Esse cadastramento será realizado pelo ACS, à medida que os acolhimentos sejam feitos. A capacitação ficará na responsabilidade da

enfermeira, com a participação de outros membros, numa construção contínua dos processos de trabalho

Ao gestor municipal serão solicitados instrumentos necessários para a realização da avaliação multidimensional, integrando a equipe para que cada um dentro de suas especificidades contribua para desenvolver a atividade. Será adotado um modelo de protocolo de avaliação multidimensional, realizando encontros para que seja de conhecimento geral quais as finalidades e formas corretas de preenchimento do referido protocolo.

Serão realizados exames clínicos em idosos com hipertensão e/ ou diabetes, em que buscas ativas serão realizadas aos idosos que não realizaram exames apropriados. Para tanto as agendas serão organizadas de modo a acolher os idosos provenientes destas buscas. Ficando sob a responsabilidade de planejamento de ações a enfermeira e o exame clínico ao médico.

A solicitação dos exames complementares definidos pelo protocolo serão garantidos por meio de pactuação junto gestor municipal com a agilidade necessária. Também serão criados sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Estes sistemas de alerta serão implantados com anotações específicas em fichas individuais e cadernetas de agendamento do idoso, cabendo ao membro da equipe ao prestar o atendimento atentar às solicitações necessárias. Por exemplo, se o idoso estiver em atendimento com a enfermeira, a esta caberá observar as anotações e encaminhar para consulta médica e solicitação de exames.

Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamento mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde. Será criada uma planilha para realizar anotação de quantitativo e projeção de necessidade de pedidos mensal para abastecimento das necessidades do idoso na unidade.

Os dados dos programas serão cruzados, na tentativa de confrontar as comorbidades, levantando o número de idosos com HAS que estão em acompanhamento no serviço. Melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Utilizaremos material adequado para a tomada da medida da

pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, o que será possível com pactuações junto a gestão local.

Garantiremos o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, capacitando os ACS para o cadastramento destes em toda área de abrangência e ainda organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares.

O acolhimento para os idosos portadores de DM será melhorado com a capacitação da equipe, bem como será solicitado material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criaremos sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste. Realizaremos capacitação constante da equipe, abrindo espaço em reuniões mensais para discussões sobre acolhimento e manter registros atualizados em impressos de agendamento e caderneta de saúde do idoso para anotar as necessidades de hemoglicoteste e qual periodicidade.

Todos os idosos cadastrados serão avaliados e receberão tratamento odontológico buscando abrir espaço na agenda para atendimento específico da população alvo. Serão realizadas palestras educativas sistemáticas, com enfoque na saúde bucal do idoso. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de cuidados com a saúde bucal. O profissional dentista será o responsável pelas capacitações que serão incluídas nas reuniões sistemáticas da equipe com periodicidade decidida por este profissional, a agenda será organizada pelo técnico em odontologia.

Manteremos as informações do SIAB atualizadas. Implantaremos a ficha de acompanhamento e pactuaremos com a equipe o registro das informações. Ficando sob a responsabilidade da enfermeira as atualizações. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco. Solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Será ainda priorizado o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade. Uma ficha-espelho do acompanhamento das consultas, com

registro de última consulta e próximo agendamento, onde será visualizado idosos que faltaram a essas consultas de forma rápida, facilitando o monitoramento.

Iremos monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, bem como o número de idosos com obesidade ou desnutrição. Com pactuação junto ao NASF, abriremos agenda de atendimento individual ao idoso a cada seis meses para avaliação e orientações nutricionais sistemáticas. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais nutricionistas nesta atividade organizando práticas coletivas e monitorando individualmente os obesos ou desnutridos. Utilizaremos palestras educativas para fornecer orientações sobre a prática de alimentação saudável, levando em consideração os grupos alimentares bem como horários apropriados, entre outras informações pertinentes.

Priorizaremos o atendimento dos idosos fragilizados na velhice por entendermos esse grupo, como sendo de risco maior para adoecimento, gerando a necessidade de um olhar mais aproximado e diferenciado, garantindo repostas rápidas e objetivas. Esse idoso terá como atendimento o modelo “porta aberta”, ou seja, será atendido sempre que demandar, sem necessidade de agendamento prévio. Como forma de encaixe.

Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente. Organizaremos dentro do serviço agenda para visitas domiciliares sistemáticas àqueles idosos em situação de risco social, ou com histórico de abandono. Buscaremos uma rede de atenção ao idoso, fortalecendo parcerias junto a outros seguimentos da comunidade, verificando que trabalhos são desenvolvidos e quais deles podem inserir o idoso nas estratégias, como aulas de trabalhos manuais, dança ou esportes.

O profissional educador físico será solicitado para que possa dar suporte adequado quanto às orientações pertinentes para realização de atividades físicas como práticas regulares e constantes no grupo de idosos, este poderá ser membro da equipe NASF. Estimularemos de forma lúdica a realização de atividades físicas na comunidade utilizando espaços sociais ou outros, como conselhos comunitários para esta prática.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção para melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS João Paulo II, no município de Caicó/RN teve início dia 28 de maio de 2015 com duração de 12 semanas. A população alvo foi de 302 idosos residentes na área de abrangência.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido a problemas burocráticos inicialmente na unidade e, posteriormente devido ao período de férias do especializando antes do início da intervenção, mas sem prejuízo das ações realizadas na comunidade.

Com o início da intervenção todos os integrantes da equipe de saúde ficaram muito motivados e confiantes para alcançar as metas propostas. No início, a população estava com dúvidas em relação à execução da intervenção, mas a equipe trabalhou bastante na divulgação destacando a importância dos objetivos e das ações previstas para a intervenção, possibilitando a sensibilização da comunidade com o passar do tempo.

A intervenção foi um sucesso, pois os resultados mostram a melhoria dos indicadores de cobertura e de qualidade na atenção aos idosos. Além disso, o alto nível de satisfação da população alvo expressa o impacto positivo da mesma. A seguir será apresentado relatório das ações desenvolvidas durante as 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização da intervenção foi vital a organização do processo de trabalho desde o início, como a presença do Protocolo de saúde do idoso atualizado, os arquivos específicos de atendimento aos idosos, os prontuários clínicos, a caderneta dos idosos, ficha-espelho e planilha de coleta de dados. Contamos com o trabalho responsável dos integrantes da equipe e com o apoio dos gestores de saúde da área. A primeira etapa foi apresentação do projeto concluído e instrumentos de registros durante reunião de equipe.

Foi realizada a capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atenção aos idosos do Ministério da Saúde e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Os ACS realizaram o cadastro dos idosos da área. Os integrantes da equipe mostraram muita responsabilidade com o processo. Contamos com o apoio dos gestores de saúde no município. Isto constitui uma facilidade da intervenção. Dentro das ações de organização e gestão do serviço, nossa equipe garantiu os recursos necessários para a avaliação clínica dos idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen, materiais para hemoglicoteste), desde o começo da intervenção.

E muito importante destacar que dedicamos tempo para garantir a sinalização de situações de alerta ao atraso das ações planejadas segundo o cronograma; mediante a elaboração de ficha complementar para registro das informações e seu melhor monitoramento. Neste sentido a enfermeira e o médico tiveram um importante papel.

O acolhimento, o cadastramento no programa e o atendimento aos idosos foi realizado de forma continuada conforme previsto, pois todo idoso que solicitou atendimento ou compareceu espontaneamente em nossa unidade foi acolhido e atendido em suas necessidades, mesmo sem consulta agendada para aquele dia, pois foram disponibilizadas três vagas diárias para atendimento a esses casos, além dos idosos agendados. Os idosos mais frágeis tiveram prioridades no atendimento. Durante os atendimentos foi garantida a realização adequada da Avaliação Multidimensional Rápida, o exame clínico completo, com a solicitação de exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde,

o rastreamento de idosos para hipertensão e/ou para Diabetes Mellitus e controle do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Em relação aos atendimentos odontológicos, destaca-se o papel da técnica em saúde bucal que participou direta e constantemente durante todo o tempo da intervenção. A mesma desenvolveu atividades de prevenção e promoção à saúde muito relevantes. Realizou atividades assistenciais com os idosos em saúde bucal. Destaca sua participação durante as palestras e a avaliação das necessidades de atendimento em saúde bucal. O odontólogo também teve uma participação ativa durante a intervenção, sobretudo em relação a avaliação dos idosos e a atividade assistencial. Durante todos os atendimentos que foram realizados pelo odontólogo, o mesmo realizou orientações relacionadas com a saúde bucal e estilos de vida saudáveis.

Uma das atividades mais motivadora durante a intervenção foi o encontro com o grupo de idosos da comunidade, realizada com frequência quinzenal. Esta ação constituiu uma fortaleza para o aumento do vínculo e promoção da saúde. Os encontros contaram com a participação integrada da equipe, treinador físico, assistente social e a ativa participação dos idosos. A atividade teve um significado especial para a intervenção, já que mostrou o caráter humanizado do processo; além disso, favoreceu a conversa com os usuários, sendo este um ponto de intercâmbio vital com a população alvo.

A atividade de orientação à comunidade foi desenvolvida mediante a realização de palestras, a qual teve lugar na Unidade Básica, durante o momento da espera dos idosos para os atendimentos, especificamente no salão de recepção. As palestras tiveram relacionadas fundamentalmente com: a importância da intervenção e suas oportunidades; prática de exercício físico; os riscos de morbimortalidade do idoso; a saúde bucal e a promoção de estilos de vida saudáveis. Estas foram lideradas pela técnica de enfermagem com participação da técnica odontológica, do odontólogo, do médico, de forma alternada. Os idosos, de forma geral tiveram uma participação ativa e motivada. As palestras foram muito explícitas, esclareceram todas as dúvidas, sendo um intercâmbio frutífero e essencial para a comunidade.

Também como parte do projeto realizou-se contatos com lideranças comunitárias, encontros muito saudáveis que permitiram trocas de ideias em

relação à importância da ação programática de atenção aos idosos e as características fundamentais da intervenção. Sendo assim, nossa equipe contou com o apoio das lideranças, sobretudo na divulgação da intervenção.

Destaca a realização das visitas domiciliares pela equipe (sem ACS), sendo fundamental para o acompanhamento dos usuários acamados e/ou com problemas de locomoção, a divulgação das oportunidades da ação programática, o contato direto com a população, além de facilitar o cadastro.

Durante a intervenção foram monitoradas as orientações realizadas aos idosos acompanhados pela UBS, para propiciar estilos de vida saudáveis.

Houve a atualização do registro e dos prontuários da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção. Com a correspondente monitorização de forma sistematizada, organizada, liderada fundamentalmente pela enfermeira, com o apoio do médico.

As reuniões da equipe foram fundamentais na intervenção, pois possibilitaram a troca de experiência, coleta de informações e planejamento para melhor desenvolvimento das ações. Felizmente todas as semanas nossos encontros foram realizados, com assistência e motivação.

As dificuldades mais relevantes foram as relacionadas com as condições estruturais da Unidade Básica. Temos locais muito reduzidos, o que atentou contra o processo, pois os locais das consultas não apresentam as condições necessárias segundo os protocolos, especialmente quanto a privacidade, mas a equipe buscou alternativas para solução transitória.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não conseguimos melhorar a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, pois o município de Caicó é muito grande e a demanda também é grande e ainda há demora de atendimento das solicitações realizadas pelas unidades básicas de saúde. Uma situação muito frequente e generalizada em todo o município. Ainda, a busca de idosos faltosos às consultas também não foi possível cumprir 100% da meta pelo grande número de visitas a serem realizadas, pois ficamos sem ACS durante a intervenção. Assim, a equipe priorizou as visitas aos acamados e/ou com dificuldades de locomoção e às pessoas com maior necessidade de atendimento, não

conseguindo cumprir 100% de busca dos idosos faltosos às consultas agendadas. As demais ações foram realizadas conforme previsto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas quanto ao fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. Felizmente a orientadora ajudou a melhorar a forma de colocar os resultados nos meses e os resultados dos indicadores foram ajustados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em relação à incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática, considero que constitui uma ideia maravilhosa e perfeitamente possível. Mediante a intervenção conseguimos alcançar as metas propostas, as quais estão encaminhadas para a melhoria da qualidade da atenção e o estado de saúde da população. Temos todas as condições necessárias para manter as ações na rotina no serviço da Unidade Básica, portanto, todas as ações serão mantidas pela equipe.

É muito importante salientar que a população está muito motivada e agradecida com as oportunidades de atenção e prioridades estabelecidas. Além disso, os gestores de saúde no município apoiam a implementação, diante dos resultados obtidos. Para que tudo isso aconteça, é preciso manter a constância e integridade da equipe, as redes sociais devem ser envolvidas por completo na atividade, o Ministério de Saúde, e de forma mais específica, a Secretaria Municipal de Saúde.

Concluimos que a intervenção obteve êxito, tendo em conta, os resultados alcançados, o cumprimento das metas traçadas e a manutenção das atividades (ação programática) como rotina na Unidade Básica de Saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Entre os meses de maio a agosto de 2015, durante 12 semanas, foi desenvolvido uma intervenção em saúde na UBS João Paulo II localizada no município de Caicó no estado do Rio Grande do Norte intitulada “Melhoria da atenção à saúde do idoso”. Esta unidade conta com 330 pessoas com 60 anos ou mais dos quais foram avaliados no período da intervenção um total de 203 representando 61,5% do total.

Apresentaremos a seguir a avaliação das metas e dos indicadores analisando separadamente cada um dos objetivos propostos.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

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

Para atingir a meta de ampliar a cobertura de atenção ao idoso da área da unidade de saúde para 85% no período correspondente à implementação do projeto, as ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura foram: o adequado monitoramento da cobertura dos idosos na Unidade com disciplina e controle adequado das informações, a avaliação da viabilidade em relação ao fluxo de informação, cadastro dos idosos na área com acolhimento adequado e humanizado; as atividades de orientações à comunidade em relação ao programa de atenção aos idosos; a capacitação oportuna dos integrantes da equipe sobre a ação programática, acolhimento, exame clínico, oportunidades. Mas, infelizmente mesmo com a realização de todas as ações anteriormente expostas, unido ao

empenho e dedicação dos integrantes da equipe, não foi possível alcançar a meta esperada.

Conforme **figura 1** verificamos que a distribuição do indicador de cobertura durante o período da intervenção apresenta no primeiro mês o acompanhamento e avaliação de um total de 54 (16,4%) idosos, no segundo mês avaliamos um total de 113 (34,2%) e durante o terceiro mês alcançamos 203 (61,5%) idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde. Diante dos resultados apresentados constatamos que não conseguimos alcançar a meta de 85% proposta para o período da intervenção, mas mediante a intervenção foi possível a melhoria da qualidade da atenção e o estado de saúde da população, agora contamos com todas as condições necessárias para manter as ações na rotina no serviço da Unidade Básica, portanto, todas as ações serão mantidas pela equipe. É muito importante salientar que a população está muito motivada e agradecida com as oportunidades de atenção e prioridades estabelecidas. Além disso, os gestores de saúde no município apoiam a implementação, diante dos resultados obtidos.

Ainda, as ações que também contribuíram para o alcance dos resultados apresentados foram a organização do processo de trabalho desde o início, como a presença do Protocolo de saúde do idoso atualizado, os arquivos específicos de atendimento aos idosos, os prontuários clínicos, a caderneta dos idosos, ficha-espelho e planilha coleta de dados. Contamos com o trabalho responsável dos integrantes da equipe e o apoio dos gestores de saúde da área.

Uma das atividades mais motivadora durante a intervenção foi o encontro com o grupo de idosos da comunidade, realizada quinzenalmente. Esta ação constituiu uma fortaleza para o aumento do vínculo e promoção da saúde entre equipe e comunidade. As reuniões semanais da equipe foram fundamentais para a intervenção, pois possibilitou a troca de experiências, coleta de informações e planejamento para o adequado desenvolvimento das ações. A responsabilidade da equipe e o apoio por parte dos gestores constituíram-se em facilidades para a execução das ações previstas.

As principais dificuldades que apresentamos durante este período foram as relacionadas às condições estruturais da Unidade Básica, pois temos locais muito pequenos para a realização do atendimento sem as condições

recomendadas pelos protocolos, especialmente em relação a privacidade, mas a equipe contornou a situação de maneira eficaz.

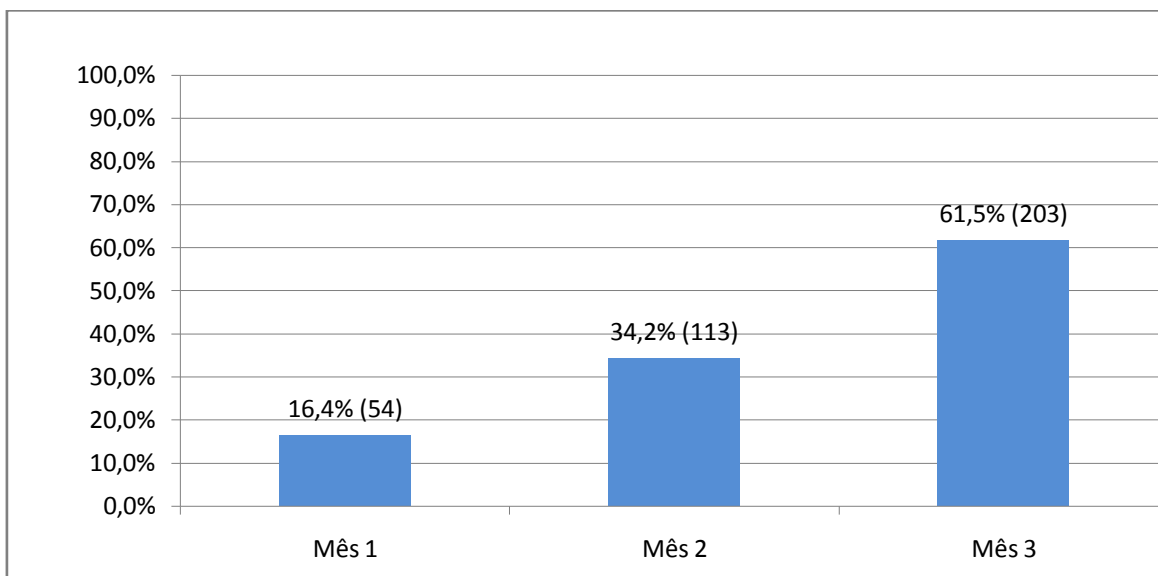


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015.

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

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

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

Na intervenção foi importante a realização da Avaliação Multidimensional Rápida aos idosos. A evolução desse indicador foi excelente, pois ao final do terceiro mês da intervenção 100% dos idosos acompanhados durante o processo foram avaliados. Destaca-se, que o aumento foi escalonado durante o transcurso da intervenção. No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos estavam com a avaliação multidimensional rápida realizada. As principais ações que contribuíram positivamente para a apresentação dos resultados foram: a existência dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, tabela de Snellen, entre outros); a definição das atribuições de cada profissional da equipe para a

Avaliação Multidimensional Rápida e para o exame clínico nos idosos; a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado; a qualidade de monitorização da atividade e as orientações fornecidas à comunidade em relação à avaliação aos idosos.

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

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

Na intervenção a realização de exame clínico foi considerada como vital. Ao final da intervenção alcançamos a meta proposta de avaliar 100% dos idosos. A realização do exame clínico no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos realizaram exame clínico apropriado realizado. As principais ações que contribuíram para o alcance dos resultados foram: a definição das atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico nos idosos; a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado; a qualidade da monitorização da atividade e as orientações à comunidade quanto a importância desta ação.

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

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

Ao final da intervenção, no 1º mês o total de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames periódicos em dia foi de 31, no segundo mês 21 e no 3º mês 28 idosos com exames periódicos em dia alcançando a meta de 100% do total de 80 idosos hipertensos e/ou diabéticos com os exames periódicos em dia realizados. As principais ações facilitadoras para o alcance da meta foram: a adequada monitorização da atividade de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; o estabelecimento de sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; a orientação aos idosos e aos seus familiares bem como a comunidade em geral quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares; a

capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

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

Destaca-se, que o aumento da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi escalonado mês a mês durante o transcurso da intervenção. No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A evolução desse indicador foi muito bom, pois as principais ações que colaboraram para o alcance dos resultados apresentados foram: a monitorização do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; a realização do controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos ; a atualização do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde; a orientação aos idosos e a comunidade quanto ao direito dos usuários para acesso aos medicamentos na Farmácia Popular; a capacitação da equipe em relação ao tratamento dos hipertensos e/ou diabéticos e as alternativas de acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

O cadastro aos idosos acamados e/ou com problema de locomoção foi um indicador muito importante para a intervenção, mostrando seu caráter humanizado. O comportamento de crescimento do indicador foi excelente, pois todos os idosos acamados acompanhados pela equipe foram cadastrados com sucesso. Durante a intervenção tivemos a perda (morte) de dois idosos acamados. Ao final da intervenção tivemos um total de 24 cadastros. Durante o 1º mês 6 (23,1%) idosos acamados e/ou com problemas de locomoção foram cadastrados, no 2º mês foram 15 (57,7%) idosos acamados e no 3º mês um total de 24 (92,3%) idosos acamados e/ou com problemas de locomoção foram

cadastrados. As ações que mais auxiliaram para o cumprimento da meta foram: o adequado monitoramento dos cadastros; a viabilidade em relação ao fluxo de informação, cadastro dos idosos na área com acolhimento adequado e humanizado; atividades de orientações à comunidade em relação à importância do acompanhamento dos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção e a capacitação oportuna dos integrantes da equipe sobre o acompanhamento destes aos idosos de forma eficaz.

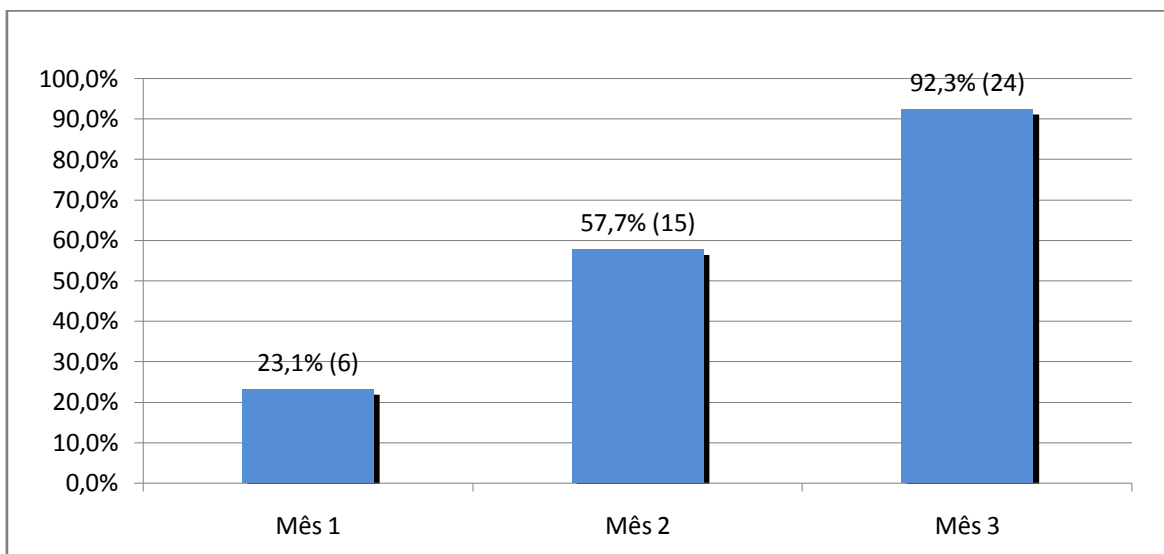


Figura 2 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015.

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

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

A evolução desse indicador foi de vital importância para o desenvolvimento efetivo da intervenção. Desde o início da intervenção, as metas foram alcançadas com 100%. Todos os idosos acamados e/ou com problemas de locomoção cadastrados pela equipe foram acompanhados com visitas domiciliares regulares. O indicador manteve-se em 100% durante as 12 semanas da intervenção e mantivemos em acompanhamento um total de 24 idosos com visitas regulares pela equipe durante a intervenção. Assim, durante o 1º mês 6 (100%) idosos acamados e/ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, no 2º mês foram 15 (100%) idosos acamados e/ou com problemas de

locomoção que receberam visita domiciliar e no 3º mês um total de 24 (100%) idosos foram visitados.

As ações que mais auxiliaram foram: o adequado monitoramento das visitas domiciliares aos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção; as atividades de orientações à comunidade em relação à importância do acompanhamento domiciliar ao acamado e/ou com problema de locomoção e a capacitação oportuna dos integrantes da equipe para atendimento a esta parcela da população bem como a capacitação dos ACS para o cadastramento bem como visita domiciliar.

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

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

A evolução do indicador foi escalonado, mês a mês, durante o transcurso da intervenção. No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com verificação de pressão arterial na última consulta. As principais ações responsáveis pelos resultados alcançados foram: a sistematizada monitorização do rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica, a oportunidade de garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; a capacitação da equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Destaca-se, que o incremento foi escalonado durante o transcurso da intervenção. No 1º mês o percentual foi de 74,1%, perfazendo 20 idosos, no 2º mês foi 90,2%, correspondente a 17 idosos rastreados, no 3º mês atingiu-se 83,9% totalizando 52 idosos. As principais ações que ajudaram para o alcance dos resultados foram: material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; a capacitação da equipe para a realização de hemoglicoteste;

a orientação à comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes em idosos hipertensos e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes e o acolhimento humanizado dos idosos portadores de diabetes pela equipe.

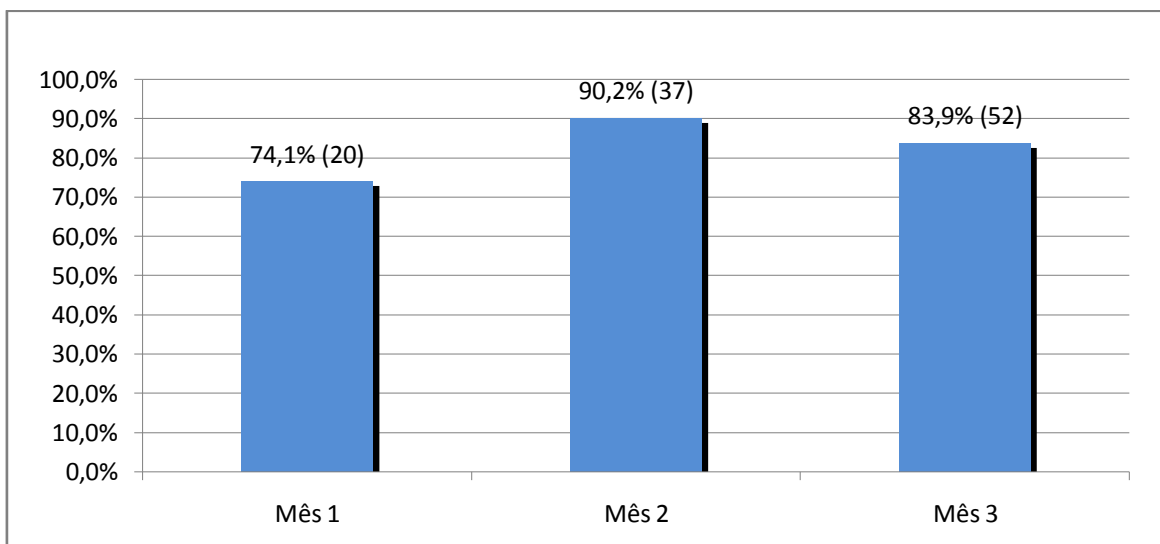


Figura 3 – Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS João Paulo II, Caicó/RN, 2015.

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

Ao longo da intervenção a avaliação da necessidade de atendimento odontológico apresentou um crescimento progressivo segundo a **Figura 4**. Durante o 1º mês o percentual foi de 83,3% de avaliação perfazendo 45 idosos avaliados, no 2º mês foi de 92,0% correspondendo à 59 idosos e no 3º mês atingiu-se 95,6% correspondendo a 90 idosos. Ao final alcançamos 194 idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Apenas 9 idosos não foram avaliados, pois se negaram alegando que tinham próteses e que não precisavam de atendimento odontológico, mas a equipe dará seguimento no acompanhamento destes idosos a fim de conscientizá-los sobre a importância da avaliação bucal mediante palestras para esclarecimento sobre o assunto.

As principais ações que contribuíram para os resultados alcançados foram: a organização da agenda de saúde bucal para os idosos, o oferecimento de atendimentos prioritário aos idosos com um acolhimento adequado dos mesmos na unidade, a orientação à comunidade sobre a necessidade da realização de exame bucal e a capacitação da equipe para realizar a avaliação da

necessidade odontológica. O papel da técnica odontológica foi relevante nesse sentido.

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

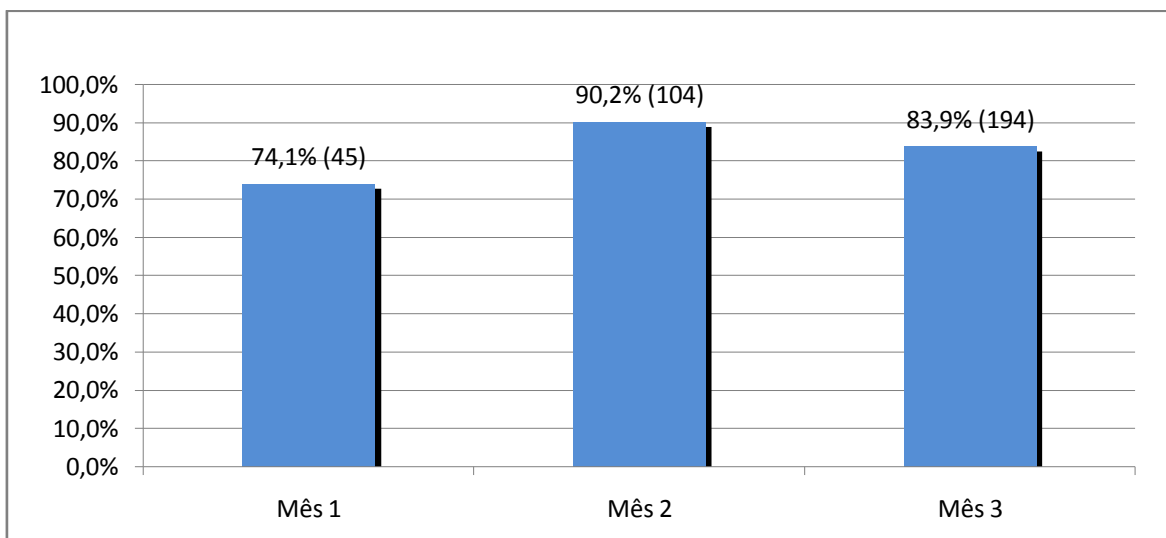


Figura 4 – Proporção de idosos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS João Paulo II, Caicó, RN, 2015.

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

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

O comportamento deste indicador apresentou evolução mês a mês mantendo 100% em todos os meses da intervenção. No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com a primeira consulta odontológica realizada.

As principais ações facilitadoras para o alcance dos resultados foram: a organização da agenda de saúde bucal para os idosos, o oferecimento de atendimentos prioritário aos idosos, o acolhimento adequado aos idosos no serviço, a orientação à comunidade sobre a necessidade da realização de exame bucal e a importância da consulta odontológica e a capacitação dos profissionais em saúde bucal para realizar a primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

Este indicador não possível cumprir, pois a unidade não conta com nenhum dos dois ACS no momento trabalhando na unidade e, assim, a área de cobertura da unidade está totalmente descoberta. Esta questão foi tratada em uma das reuniões de equipe, para distribuir em partes iguais entre os ACS, mas não foi possível, pois temos que aguardar a realização de um mapeamento, o qual é realizado pelo pessoal enviado pela Secretaria de Saúde, não obstante os grupos prioritários são acompanhados pela equipe e os idosos faltosos serão incorporados a estes grupos até a resolução do problema. Assim, nenhum dos 15 idosos faltosos durante a intervenção recebeu busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

O comportamento desse indicador foi de 100% ao longo de todos os meses da intervenção. Assim, no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) com registro em dia na primeira consulta. As principais ações contribuintes para o alcance dos resultados foram: o treinamento da equipe no início da intervenção para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos; a monitorização da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; atualização das informações junto ao SIAB; a implementação da planilha/registro específico de acompanhamento para atendimento aos idosos disponibilizada pelo curso; a organização do sistema de registro para viabilizar situações de alerta quanto a atraso nas consultas; orientações aos idosos e à comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando necessário.

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

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com Caderneta de Saúde de Pessoa Idosa mantendo assim 100% dos idosos com Caderneta de Saúde de Pessoa Idosa ao longo da intervenção. As principais ações que ajudaram para o alcance dos resultados foram: a monitorização dos registos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa; a disponibilidade de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa desde o início da intervenção devido ao apoio recebido por parte do gestor municipal; a orientação aos idosos e à comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

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

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

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

A avaliação de risco para morbimortalidade em dia apresentou no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com avaliação para risco de morbimortalidade, mantendo índices de 100% ao longo de todos os meses da intervenção. As principais ações facilitadoras para o alcance dos resultados foram: a capacitação dos profissionais para identificação e registo de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; monitorização do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; priorização do atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade; orientação dos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

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

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

Ao longo da intervenção este indicador manteve-se em 100% distribuído da seguinte forma: no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com avaliação de fragilização na velhice em dia. As principais ações que favoreceram o desenvolvimento das ações e alcance dos resultados foram: a monitorização do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; a capacitação desde o início da intervenção dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice; priorização dos atendimentos aos idosos fragilizados na velhice; orientação aos idosos fragilizados e à comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos idosos pelo serviço de saúde.

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

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

No 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com avaliação de rede social em dia, mantendo 100% de avaliação de rede social em dia. As principais ações facilitadoras para o alcance dos resultados foram: a monitorização da realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; a capacitação desde o início da equipe para avaliar a rede social dos idosos; a oportunidade de facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente e a orientação aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde foi muito importante para a promoção da socialização da pessoa idosa e o estabelecimento de redes sociais de apoio.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

A orientação nutricional foi ofertada a 100% dos idosos acompanhados durante a intervenção ficando distribuída da seguinte forma: no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com orientação nutricional para hábitos saudáveis. As

principais ações responsáveis pelo alcance dos resultados foram: a monitorização da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, pois muito importante monitorar o número de idosos com obesidade e/ou com sinais de desnutrição; desde o início realizou-se a definição do papel dos membros da equipe na orientação nutricional, assim como foi realizada capacitação em relação ao tema para toda a equipe; a orientação aos idosos, cuidadores e à comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

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

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

Todos os idosos acompanhados receberam orientação sobre prática regular de atividade física, mantendo 100% dos idosos orientados. Assim, no 1º mês 54 (100%) idosos, no 2º mês 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos com orientação sobre a importância da prática regular de atividade física. As principais ações que contribuíram positivamente para o alcance dos resultados foram: a monitorização da realização de orientação de atividade física regular e o número de idosos que realizaram atividade física; desde o início realizou-se a definição do papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física assim como a capacitação da equipe em relação ao tema; o cenário dos encontros com idosos foi essencial para realizar das orientações sobre a realização de atividade física regular.

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

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

Desde o início da intervenção, 100% desta meta foi alcançada distribuída no 1º mês com 54 (100%) idosos, no 2º mês com 113 (100%) acompanhados e no 3º mês atingiu-se um total de 203 (100%) idosos orientados sobre a importância da higiene bucal. As principais ações que favoreceram o cumprimento desta meta e alcance dos resultados foram: a monitorização das atividades educativas individuais; a capacitação da equipe para oferecer

orientações de higiene bucal e de próteses dentárias e a orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde João Paulo II do município de Caicó/RN permitiu ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso. Melhorou a qualidade da atenção ao idoso em relação à prescrição de exames complementares e a avaliação multidimensional rápida dos idosos baseado no modelo proposto pelo Ministério da Saúde destacando-se a qualidade do exame clínico apropriado nas consultas, priorizando a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Além disso, é importante destacar a eficácia no cadastro e acompanhamento aos idosos acamados, assim como o rastreio dos idosos para doenças crônicas (Hipertensão e/ou Diabetes) e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Melhorou a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso com destaque do acompanhamento dos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção. Outro aspecto relevante foi avanço da qualidade nos registros das informações, sendo o mesmo realizado de forma mais organizada e específica, contando com as cadernetas dos idosos. Mediante a intervenção conseguimos mapear aos idosos para avaliação do risco de morbimortalidade, realizar avaliação da fragilização na velhice e da rede social na área de abrangência. Além disso, acrescentamos as atividades de promoção em saúde, além de melhorar a qualidade das mesmas, oferecendo orientações como alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física e higiene bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde no Manual Técnico de Atenção à Pessoa Idosa do Ministério da Saúde 2012 e 2013, relativas ao cadastramento, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe integrada pelo médico especializando, uma enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 2 ACS, o odontólogo, a técnica em saúde bucal e a administradora. Foram especificadas as atribuições de cada um dos integrantes da equipe, de forma organizada o que promoveu o aumento na qualidade do desempenho como profissionais. Destaca-se a vinculação dos

membros da equipe nas atividades de diagnóstico, promoção e prevenção em saúde assim como na identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos. É importante enfatizar as melhorias no desenvolvimento e periodicidade das reuniões da equipe, pois forram encontros de intercâmbio de conhecimentos, de discussão dos resultados de trabalho com maior especificidade, de monitorização do desempenho de cada profissional. Durante a intervenção os integrantes da equipe também conseguiram manter uma relação mais humanizada com os usuários da unidade.

Este fato impactou também em outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram a melhorar a atenção dispensada à população de forma geral, pois recebemos do município os recursos necessários para a realização do exame clínico apropriado aos idosos, para a avaliação multidimensional rápida e para os diagnósticos das doenças crônicas (HAS e DM) bem como o estabelecimento de estratégias no município para viabilizar a realização dos exames complementares aos idosos baseado no protocolo e a implementação do novo horário para o atendimento dos usuários de risco.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram centradas no médico e na enfermeira. Com a intervenção, isso mudou, pois mediante as atribuições de cada integrante da equipe, a atenção aos usuários foi ofertada de forma integrada porém maior números de profissionais. Toda a equipe teve responsabilidade no acompanhamento aos usuários de acordo às exigências dos protocolos adotados. Além disso, conseguimos uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento aos usuários assim como maior qualidade dos registros de informações. Destaca-se a otimização da agenda para a atenção aos idosos. É relevante destacar também os avanços na priorização dos atendimentos baseados na classificação dos usuários de risco. Mediante a intervenção promovemos o uso de uma maior quantidade de medicamentos disponibilizados na farmácia popular como alternativa de tratamento para os usuários acompanhados pela Unidade. Foi também gratificante o aumento da interação da Unidade de Saúde com as redes sociais e a Secretaria Municipal de Saúde.

No início a população estava um pouco receosa e com dúvidas em relação à intervenção, mas a equipe trabalhou bastante na divulgação destacando

a importância dos objetivos e das ações propostas para a intervenção, possibilitando a sensibilização da comunidade com o passar do tempo. Ao longo da intervenção foram estabelecidas as prioridades para a população alvo e com isso foram evidenciadas as melhorias na qualidade do atendimento bem como o surgimento de novas oportunidades. Objetivando um alto nível de satisfação da população alvo que hoje expressa aprovação com o impacto positivo da intervenção na comunidade visualiza-se uma interação ampliada entre comunidade e equipe, pois o nível de confiança dos usuários em relação aos cuidados em saúde melhorou consideravelmente.

A intervenção poderia ter sido facilitada se a equipe conhecesse a população alvo da área de forma mais específica, pois poderíamos trabalhar a partir das fortalezas e debilidades de forma mais eficaz. Além disso, acredito que teria sido importante um treinamento em relação ao uso das planilhas de coleta de dados propostas pelo curso e cálculo dos indicadores, o que foi resolvido com o transcurso da intervenção. Também faltou uma articulação com a comunidade para discutir a melhor maneira de implementar a intervenção, embora que com o transcurso da intervenção as dificuldades foram sendo superadas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, pois temos todas as condições necessárias para manter as ações na rotina no serviço da Unidade de Saúde. Portanto, todas as ações serão mantidas pela equipe. Para que tudo isso aconteça é preciso: manter a constância e integridade da equipe; as redes sociais devem ser envolvidas por completo na atividade; a ampliação do trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos idosos deverá ser mantida, em especial aos de risco de morbimortalidade; manteremos também a monitorização sistematizada das atividades com disciplina assim como foi durante a coleta, registro e análise das informações obtidas baseadas nos indicadores previstos e fortaleceremos a vinculação com os gestores do município e as lideranças da comunidade.

A partir do próximo mês pretendemos continuar nosso trabalho melhorando a qualidade da atenção aos idosos, ampliando a cobertura de atenção. Além disso, continuaremos na busca pelo aumento de cobertura dando prioridade na atenção aos idosos para atendimento em saúde bucal. Desenvolveremos também atividades de promoção e prevenção em saúde com

os grupos de idosos. Manteremos trocas constantes com a comunidade, as lideranças e os gestores de saúde em relação às ações desenvolvidas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Uma Intervenção em saúde objetivando melhorar a atenção à saúde dos idosos (60 anos ou mais) residentes na área de abrangência da Unidade de ESF João Paulo II, no município Caicó, do Rio Grande do Norte foi realizada durante 12 semanas, entre os meses de maio e agosto do ano de 2105, com participação e atuação de todos os integrantes da equipe de saúde desta unidade.

As motivações da equipe para a realização da intervenção foram decorrentes dos resultados encontrados após a realização de uma análise situacional em nossa Unidade, tendo em conta o comportamento dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), a organização da equipe para cada uma das ações programáticas, a cobertura de atenção aos usuários, assim como a qualidade dos atendimentos baseada nos Protocolos oficiais do Ministério da Saúde. Além disso, avaliamos o comportamento do envelhecimento e sua vulnerabilidade na ocorrência de doenças.

Verificamos que o número de usuários idosos acompanhados pela equipe era menor que 50% do total em relação aos valores estimados sendo assim necessário ampliar a cobertura de atenção e melhorar a organização e a avaliação destes atendimentos. Diante disso, com o objetivo de qualificar esta assistência foram planejadas e desenvolvidas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel em parceria com o UNASUS: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Ao final da intervenção ampliamos a cobertura do Programa de saúde do idoso para 61,5% perfazendo um total de 203 idosos acompanhados pela Unidade. Além disso, a qualidade da atenção ao idoso melhorou muito atingindo

índices de qualidade de 100%. Entre eles destacamos a prescrição de exames complementares e a avaliação multidimensional rápida dos idosos baseado no modelo proposto pelo MS; a qualidade do exame clínico apropriado realizado nas consultas, priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular. Além disso, é bom destacar a eficácia no cadastro e acompanhamento aos 24 (100%) idosos acamados, assim como rastreamento a 100% dos idosos para doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes) e, ainda, a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico com adesão dos idosos ao Programa de saúde do idoso de 100%.

Destacamos a busca ativa dos idosos faltosos pelos ACS. Outro aspecto relevante foi o avanço da qualidade nos registros das informações, pois o mesmo se tornou mais organizado e específico. Por meio da intervenção entregamos cadernetas de saúde do idoso a 100% dos idosos, mapeamos também 100% dos idosos para avaliação do risco de morbimortalidade, fragilização na velhice e rede social na área abrangência. Além disso, acrescentamos atividades de promoção em saúde melhorando a qualidade de vida dos idosos e oferecemos orientações quanto a alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física e higiene bucal.

Desde o início da intervenção contamos com o vosso apoio. Primeiramente com a aprovação da intervenção; a disponibilização dos materiais e recursos necessários para o cumprimento das ações (fichas espelho, cadernetas, balança, antropometria, Tabela de Snellen, materiais para hemoglicoteste) bem como a facilitação de materiais docentes para o processo de capacitação dos integrantes da equipe e a divulgação da intervenção na comunidade.

Consideramos muito importante agradecer o apoio recebido por parte de vocês, gestores municipais pela aprovação do projeto, apoio constante para o seguimento do processo o que foi vital para viabilizar e melhorar a intervenção, assim como sua implementação na rotina do serviço. Salientamos que as ações iniciadas com a intervenção já foram incorporadas com sucesso à rotina do serviço, pois contamos com as condições necessárias para mantê-las. Para que isso fosse possível foi necessário o trabalho integrado dos membros da equipe vinculados às redes sociais e às lideranças da comunidade. Com a implementação da intervenção ao serviço daremos continuidade do processo

objetivando a continuidade da melhoria da qualidade na atenção à saúde dos idosos sempre buscando novos idosos para tornarem-se parte deste grupo em que a acessibilidade aos serviços é priorizada e o fortalecimento da vinculação da comunidade e equipe acontece cotidianamente por meio de ações qualificadas.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos acerca da intervenção realizada e esperamos poder continuar com o apoio dispensado até o momento para futuras intervenções na unidade de saúde.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF João Paulo II, Caicó/RN

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Ao longo de 12 semanas, entre os meses de maio a agosto de 2015, a equipe desenvolveu uma intervenção em saúde dirigida aos idosos com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da Unidade de ESF João Paulo II do município de Caicó/RN objetivando melhoria da atenção à saúde dos idosos. Para dar início ao processo foi realizado um levantamento da situação da unidade e a partir desse momento a equipe conclui que seria necessária essa intervenção.

Para oferecer atendimento qualificado aos idosos os profissionais da Unidade foram capacitados segundo o Protocolo do Ministério da Saúde para atendimento aos idosos. Após os encontros de capacitação todos os membros da equipe estavam aptos para acolher aos idosos e oferecer uma atenção qualificada. Durante as 12 semanas de intervenção avaliamos 203 idosos com 60 anos ou mais perfazendo 61,5% do total de 330 idosos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Durante o processo de intervenção melhoramos a qualidade dos atendimentos aos idosos, realizamos investigação para identificação de idosos com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus, melhoramos a adesão por meio das visitas realizadas pelos demais membros da equipe sem ACS aos usuários do serviço, melhoramos o registro das informações, rastreamos os idosos com HAS para Diabetes Mellitus para risco de doença cardiovascular e realizamos ações de promoção à saúde na comunidade direcionada para esse grupo populacional.

Acreditamos que com a intervenção a comunidade manteve-se em constante troca de conhecimentos com a equipe bem como foi possível aumentar os níveis de confiança dos usuários em relação aos cuidados em saúde dispensados pela equipe. Além disso, percebemos que o vínculo entre os profissionais e famílias foi aumentando gradativamente durante o transcurso do processo.

Informamos à comunidade que as ações desenvolvidas durante o processo de intervenção já fazem parte da rotina do serviço para que cada vez mais a atenção dispensada a este grupo possa ser qualificada. Hoje, o serviço conta com uma equipe de profissionais capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da atenção.

Para tanto, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a intervenção realizada e solicitamos apoio por parte da comunidade para que incentivem a todos os idosos a fim de que se mantenham em acompanhamento no serviço de saúde para o bem estar físico, mental e social de todos.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF João Paulo II, Caicó/RN

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização possibilitou um grande processo de aprendizagem, com a realização de um trabalho na APS em outro país. Minhas expectativas em relação ao curso de especialização foram cumpridas e além de melhorar o trabalho nas comunidades mais necessitadas, exigiu de mim uma preparação mais integral, me permitiu aprofundar meus conhecimentos em saúde familiar e poder oferecer uma atenção mais humana a meus pacientes, onde a medicina curativa é predominante.

O AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) me permitiu uma relação com o curso interagindo, colaborando e avançando a partir das diferentes atividades propostas. O acompanhamento com a minha orientadora foi muito útil para o cumprimento de todas as atividades no espaço Diálogo Especializando /Orientador durante todas as unidades de estudo.

Durante o curso tive a oportunidade junto com a equipe de conhecer a estrutura física e funcionamento da UBS, realizamos a Análise Situacional identificando os principais problemas de saúde dos usuários, os fatores de risco biológico e ambiental e desenvolvemos ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e melhoramos a qualidade de vida dos indivíduos, a família e a comunidade e diminuimos a morbimortalidade em nossa população.

Senti um prazer imenso em compartilhar meus conhecimentos e minhas experiências na saúde da família com os colegas e, assim aprender com eles e oferecer uma assistência mais integral e com olhar ampliado acerca da saúde e com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual Técnico de Atenção à Pessoa Idosa** do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília, 2012/2013.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^aProf^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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

