

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6**



**Qualificação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, na UBS/ESF Firme
Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI**

Rossana Fonseca Casimiro

Pelotas, 2015

ROSSANA FONSECA CASIMIRO

**Qualificação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, na UBS/ESF Firme
Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UNASUS/UFPeI, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Seiko Nomiya

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C339q Casimiro, Rossana Fonseca

Qualificação do programa de atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI / Rossana Fonseca Casimiro ; Seiko Nomiyama, orientadora. — Pelotas, 2015.

83 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. I. Nomiyama, Seiko, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Rossana Fonseca Casimiro

Qualificação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, na UBS/ESF Firme Pedro,
Cabeceiras do Piauí, PI

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS.

Data da Defesa: 07 de fevereiro de 2015.

Banca examinadora:

Profª Esp. Seiko Nomiyama (Orientadora)
Especialista em Vigilância Sanitária pelas Faculdades Albert Einstein

Profª Drª Fabiana Vargas Ferreira
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Emilene Reisdorfer
Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho aos meus pais, em especial à minha mãe Sônia, pelo amor incondicional, e aos meus irmãos que sempre me apoiaram e torceram por mim em cada obstáculo percorrido.

Agradecimentos

Agradeço à Deus pela saúde em primeiro lugar. Sem ela não haveria disposição, força e empenho para a realização de meus deveres. Agradeço a Ele pelas boas oportunidades a mim destinadas até hoje.

Agradeço a minha Mãe, Sônia, pelo incentivo, apoio, dedicação e amor a mim ofertados e pela confiança depositada em mim. Sem dúvidas meu porto seguro. Ao meu pai, Nivaldo e aos meus irmãos Millena e Leonam, pelo apoio e carinho.

Agradeço à minha tão querida equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Firme Pedro, por serem atenciosos, prestativos e não negarem esforços sempre que precisei de ajuda. Contribuíram de forma integral para a realização e conclusão do meu trabalho.

À gestão do município de Cabeceiras do Piauí, por me receber tão bem e tornar possível trabalhar em um local harmonioso com possibilidades de melhoria da saúde da população.

Aos meus pacientes, pela forma carinhosa que me acolheram em sua comunidade e por me deixarem participar de suas vidas, engrandecendo a minha.

Ao Professor e Supervisor do nosso programa, Francisco Passos, por acompanhar meu trabalho e sempre disponibilizar conhecimentos que ajudaram em meu crescimento profissional.

À minha orientadora Seiko Nomiya, pela disponibilidade, grande ajuda e empenho em deixar meu trabalho sempre melhor.

Aos meus colegas de profissão e de vida, Ana Patrícia, Andrea e Antonio Luís, por tornaram as viagens a Cabeceiras mais alegres e menos cansativas, bem como pelo compartilhamento de conhecimentos da vida médica.

Agradeço a todos que tornaram possível a finalização deste trabalho e que torceram pelo meu sucesso profissional.

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	56
Figura 2. Proporção de idosos com exames complementares solicitados, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	57
Figura 3. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	58
Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.....	59
Figura 5. Proporção de idosos rastreados para diabetes, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.....	61
Figura 6. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.....	61
Figura 7. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	63
Figura 8. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	64
Figura 9. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	65
Figura 10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	66
Figura 11. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar da equipe de saúde bucal, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.....	66
Figura 12. Proporção de idosos com necessidade de tratamento, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	67
Figura 13. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	68

Lista de abreviaturas/siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

BCF: Batimentos Cardíofetais

DM: Diabetes Mellitus

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA: Programa de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UNASUS: Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos	23
2.2.1 Objetivo Geral	23
2.2.2 Objetivos Específicos – Saúde do Idoso	23
2.2.3 Objetivos Específicos – Saúde Bucal	23
2.3 Metas.....	23
2.4 Metodologia	26
2.4.1 Ações	26
2.4.2 Indicadores.....	35
2.4.3 Logística	42
2.4.4 Cronograma	45
3 Relatório de Intervenção	46
3.1 Ações previstas e realizadas.....	46
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	52
3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados	52
3.4 Incorporação das ações à rotina do serviço	53
4 Avaliação da Intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.1.1 Indicadores – Saúde do Idoso.....	55
4.1.2 Indicadores – Saúde Bucal.....	65
4.2 Discussão.....	70
4.2.1 Importância da intervenção para a equipe	71
4.2.2 Importância da intervenção para o serviço.....	72
4.2.3 Importância da intervenção para a comunidade.....	72
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	73
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	75

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Referências	79
Anexos	80
Anexo A: Ficha Espelho – Saúde do Idoso	81
Anexo B: Planilha de Coleta de Dados – Saúde do Idoso.....	82
Anexo C: Planilha de Coleta de Dados – Saúde Bucal	83
Anexo D: Documento de Aprovação do Comitê de Ética	84

Resumo

CASIMIRO, Rossana Fonseca. **Qualificação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, na UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI.** 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. As patologias mentais e físicas são bastante comuns nessa faixa etária, necessitando haver uma atenção priorizada e cuidados ampliados, bem como a orientação adequada aos cuidadores desses usuários, visando uma vida com mais dignidade e mais acolhimento por toda a sociedade. O objetivo do presente trabalho baseia-se em uma intervenção com foco na melhoria da qualidade do atendimento aos idosos na UBS Firme Pedro, em Cabeceiras do Piauí, Piauí, priorizando a atenção (prevenção) e a assistência aos idosos. Os instrumentos utilizados na intervenção para registro das informações foram as planilhas eletrônicas, fichas espelho, Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e prontuários. O número de idosos que a UBS abrange equivale a 300, entretanto, não temos dados concretos da cobertura atingida antes da intervenção. Os resultados evidenciaram que 151 usuários foram cadastrados durante a intervenção, o que representa 50,3% dos idosos residentes na área, e tiveram avaliações realizadas, abrangendo indicadores como avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, fornecimento de medicações existentes na própria farmácia da Unidade de Saúde, além da avaliação odontológica, também imprescindível para uma boa qualidade de vida. Todos esses itens contribuíram para a prevenção de inúmeras patologias, realização precoce de diagnósticos e tratamentos instituídos de forma correta, favorecendo a diminuição da morbimortalidade dos idosos que fizeram parte da intervenção. A intervenção foi realizada durante 12 semanas, entre agosto de novembro de 2014, e demonstrou resultados satisfatórios em relação à melhoria na qualidade do atendimento à população idosa, especialmente no que se refere à aproximação da equipe com a comunidade. Espera-se que as ações sejam perpetuadas e inspirem modelos para a reestruturação de outros programas de saúde e outras equipes de ESF no município.

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

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Este volume engloba a **análise situacional** (04/04 a 29/05/2014) , com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica** (30/05 a 07/08/2014), que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** (18/08 a 29/11/2014) que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** (30/11/2014 a 30/01/2015), que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos, bem como os relatórios destinados à comunidade e à gestão; e as **considerações finais** com a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e análise do processo de aprendizagem ao longo do ano.

1 Análise Situacional

Atividade realizada na Unidade I no período de 04 de abril de 2014 a 29 de maio de 2014.

1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF

O serviço do qual irei comentar localiza-se na zona rural de um município a uma hora da capital do Piauí.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em meu serviço segue, praticamente, todas as regras e instruções preconizadas pelo Ministério da Saúde. Apesar de simples, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é bastante organizada, com consultório médico adequado para trabalho, sala de enfermagem e odontologia, sala de vacinação, sala de pequenos curativos, nebulização e presença da maioria das medicações prescritas disponíveis para os usuários atendidos, dentre outros atributos.

A equipe se mostra bastante unida e isso facilita a detecção de alterações e doenças na comunidade, seja física ou mental, por parte não só do médico, mas pela observação de outros profissionais. A cirurgiã-dentista sugere ao usuário uma consulta médica, a atendente estimula realização de pré-natal de mães que não se interessam em fazê-lo, as agentes comunitárias de saúde (ACS) se mostram preocupados com os usuários impossibilitados de ir até a UBS e sempre nos alertam quanto à gravidade do caso e realização de visita domiciliar o quanto antes.

Para facilitar nosso trabalho e dar continuidade e seguimento a determinados casos, há realização de exames de sangue na própria cidade a cada 15 dias, o que beneficia aqueles que não possuem recursos suficientes para se deslocar até a capital para realização dos mesmos. A citologia oncótica, exame de prevenção do câncer de colo uterino, também é realizada semanalmente no município. Exames de imagem são realizados no município vizinho, como Raios-X e ultrassonografia (abdominal, pélvica e transvaginal), sendo, por vezes, os usuários levados por um ônibus pago pela prefeitura. Infelizmente, exames mais elaborados e de maior custo

não são feitos neste município, precisando assim o usuário se deslocar até a capital para providenciá-los.

Temos a rotina de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, sendo realizada a avaliação da pressão arterial e glicemia capilar bem como o ajuste ou a implementação de drogas necessárias. Neste programa, os usuários são informados sobre as características de cada doença e instruídos a ter uma vida saudável mesmo com sua existência. A hipertensão arterial e a diabetes são doenças crônicas, causadoras das altas taxas de mortalidade, principalmente por suas complicações e doenças secundárias, sendo um dos alvos principais na nossa atenção primária.

O cartão de vacina é checado rigorosamente e as vacinas são realizadas diariamente. Quando há negação na realização da vacina por parte dos responsáveis dos menores de idade (situação rara), tudo é devidamente registrado nos prontuários.

O pré-natal é realizado mensalmente em cada gestante e em casos de gestação de alto risco, encaminhamos para centro de referência para melhor seguimento.

Os agentes comunitários conhecem bem suas áreas e seus respectivos usuários, dando informações de grande valia para os mesmos antes mesmo do contato pessoal com o médico. Os agentes ligam, mandam recados e vão até mim, em busca da elucidação de dúvidas quanto orientações sobre determinadas patologias.

Claro que temos alguns pontos negativos, como a não aderência ao tratamento por parte de alguns usuários, a não realização de certos exames como já citado, dentre outros.

De modo geral, a ESF em meu serviço é de boa qualidade e tem boa interatividade entre os profissionais e a comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cabeceiras do Piauí tem em torno de 9.928 habitantes (IBGE, 2010) distribuídos de forma homogênea nas diversas áreas. É dividido em quatro áreas, sendo três na zona rural, denominadas São Bento, Pedras e Bom Futuro, e uma localizada na zona urbana, denominada Cabeceiras.

Na atenção básica, cada uma dessas localidades possui uma UBS (Unidade Básica de Saúde) com ESF (Equipe Estratégia de Saúde da Família) e ESB (equipe de Saúde Bucal). O município conta com um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) composto por uma educadora física, uma nutricionista e uma fisioterapeuta, que realizam atividades como estimulação da comunidade à prática de exercícios físicos, alimentação balanceada e constantes reavaliações clínicas quando necessário.

Na atenção secundária, a realização de consultas por especialistas é bastante demorada, mas são realizados, quando se consegue vaga, nos municípios de Barras, Campo Maior ou Teresina. Na própria cidade há apenas duas especialidades: cardiologia e ortopedia. Ambos atendem uma vez por semana em apenas um turno. O atendimento é realizado por ordem de chegada, sendo em torno de 25 usuários atendidos por profissional.

A rede de apoio ao diagnóstico é deficiente, visto que muitos exames complementares não são realizados, apenas exames de sangue são realizados a cada quinze dias ou mais, o que dificulta o estabelecimento de alguns diagnósticos e prognósticos dos usuários. Os exames de imagem, dependendo da complexidade do caso, são realizados em Campo Maior ou Barras (quando são casos mais simples) ou em Teresina, (quando quadro de maior complexidade).

Sobre a atenção hospitalar: existe um hospital na cidade onde são realizados poucos atendimentos de urgência e emergência, como tratamento de picos hipertensivos e hiperglicemia, hidratação venosa, realização de suturas de planos superficiais. Nos casos em que não há suporte e medicações necessárias, os usuários são encaminhados para as cidades mais próximas, como Barras e Campo Maior ou para a capital, quando de maior gravidade. Não é possível realizar internações, visto que não há a presença de enfermarias. Há apenas uma sala de observação com dois leitos disponíveis.

A UBS em que atuo chama-se Firme Pedro e fica na zona rural, na localidade de Pedras, que dista cerca de vinte e cinco quilômetros da sede do município, na zona urbana. Apenas uma equipe atua na UBS, e é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista. Considero fundamental porque a recepcionista tem grande conhecimento em relação aos usuários, por vezes dando-nos informações relevantes quanto ao aspecto

comportamental e social dos mesmos, em muitos momentos sendo esses quesitos não vistos dentro do consultório, mas que mudam nossa forma de abordagem para com eles.

A UBS Firme Pedro, apesar de simples, é organizada e conservada, mantendo-se sempre limpa. É constituída por uma área em que os usuários esperam pela consulta, não sendo considerada uma sala de espera. É apenas um terraço na lateral interna Da UBS, onde as pessoas permanecem sentadas em bancos contínuos de cimento. Há a sala da recepcionista, local onde são guardados todos os prontuários e fichas e onde é feito o primeiro contato; há a sala de vacina, farmácia, cozinha, consultório médico, de enfermagem e do cirurgião-dentista; existem na unidade três banheiros, sendo dois deles para os usuários e um para os funcionários. Pessoas com deficiência física são prejudicadas já que não há banheiros específicos para eles; não há corrimão para amparo dos usuários com dificuldade de locomoção e as rampas existem apenas no portão de entrada. Essas deficiências só poderão ser resolvidas com uma reforma na estrutura da UBS, sem necessidade de grandes mudanças e sem necessidade de comprometer o funcionamento do serviço.

A atenção à população é feita através das consultas na unidade, das visitas domiciliares (especialmente idosos), das atividades educativas, realização de vacinas e realização de medidas de pressão arterial e glicemia capilar em várias microáreas, com data e local marcados, possibilitando a realização das mesmas em uma grande quantidade de pessoas. Um dos grandes motivos que faz a UBS ter um bom funcionamento está relacionado com a interação da equipe. Todos se comunicam bastante e, além disso, conhecem bem a área em que trabalham. São capazes de identificar cada usuário e sua respectiva patologia, seja ela física ou mental, o que contribui para alertar quais são mais necessitados de atenção e acompanhamento contínuo. Há uma interação entre médico, enfermeiro, agentes e cirurgião-dentista, o que nos dá a possibilidade de trabalhar de forma mais ampla, com a junção de informações de cada área profissional.

As maiores dificuldades não estão relacionadas com a equipe, mas sim com a falta de alguns medicamentos que demoram a ser repostos e pela dificuldade de locomoção. Algumas áreas que necessitam de visitas são intrafegáveis (alguns caminhos são alagados por riachos e carros não conseguem passar sem atolar, por exemplo).

A minha área é composta por 2.802 habitantes, sendo 1.357 pessoas do sexo feminino e 1.445 do sexo masculino. Dividindo todos esses usuários por faixa etária, temos 27 crianças menores que um ano de idade; 141 crianças entre 1 e 4 anos; 91 crianças entre 5 e 6 anos; 111 crianças entre 7 e 9 anos; 223 crianças entre 10 e 14 anos; 264 adolescentes entre 15 e 19 anos; 1.645 adultos entre 20 e 59 anos; e por fim 300 idosos. O tamanho da população da área está adequado à existência de uma equipe, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os atendimentos na UBS são feitos por demanda espontânea e não há demanda agendada. São realizados em média 20 atendimentos por turno, com ordem de entrada no consultório de acordo com as prioridades de atendimento previstas em lei, como para idosos e gestantes. Quando há urgências, essas são sempre atendidas primeiro; inicialmente são avaliadas pela enfermeira e se notado sinais de gravidade chamam o médico para avaliação mais criteriosa e fidedigna.

A dificuldade que encontramos com a demanda sempre espontânea é a incapacidade de uma melhor organização e atendimento de todos que chegam à unidade. Muitas vezes, usuários vão à UBS e a quantidade de pessoas é grande, o que torna inviável seu atendimento naquele turno, portanto, tendo que voltar posteriormente. Frisamos que isso apenas acontece com atendimentos eletivos, avaliados pela enfermagem, que podem esperar por um segundo momento para a realização da consulta, e não para urgências e/ou emergências. A resolução para isso, sem dúvidas, seria o agendamento dessas consultas, tendo datas e horários pré-determinados para essas marcações e seus respectivos atendimentos. A demanda espontânea ficaria mais restrita àqueles casos mais graves ou aos poucos que necessitam e que não sabiam da marcação de consultas, não deixando assim de serem acolhidos, facilitando e diminuindo a quantidade excessiva de atendimentos por dia.

Dentre os usuários, as crianças apresentam um grande percentual de idas ao consultório médico. Como já descrito, temos 27 crianças menores que um ano de idade, 141 crianças entre 1 e 4 anos, 89 crianças entre 5 e 6 anos, 111 crianças entre 7 e 9 anos e 223 crianças entre 10 e 14 anos. Cada uma apresenta seu cartão, onde são registradas mensalmente suas medidas de peso e altura, perímetro cefálico quando menores, e todas as vacinas tomadas; dessa maneira fica mais fácil o seguimento dessas crianças, sendo possível detectar alterações de crescimento e desenvolvimento, associados à anamnese e exame físico. Quando esses registros

não são realizados no consultório médico ou odontológico, são realizadas em igrejas ou escolas. Os pais ou responsáveis são avisados sobre a ida dos agentes, enfermeira e técnica para que seja realizada medição de peso e altura e verificação do cartão de vacina. Dessa maneira, mesmo com a ausência de queixas, essas crianças são mensalmente vistas e avaliadas. Infelizmente algumas mães ou responsáveis são negligentes e não levam seus filhos para essas avaliações; os agentes comunitários são bastante preocupados e sempre alertam essa minoria quanto à importância desse acompanhamento. Não há um espelho do cartão da criança, portanto, os dados colhidos são anotados criteriosamente nos seus respectivos prontuários. As medidas tomadas, bem como as condutas realizadas quando necessário, são baseadas no protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Outra classe de usuários que requer bastante cuidado são as gestantes. O pré-natal é realizado mensalmente e toda a avaliação é registrada tanto nos prontuários como no cartão da gestante, desde peso, pressão arterial, glicemia capilar, batimentos cardíacos (BCF) e altura uterina, até seus medicamentos em uso, queixas e resultados de exames. A grande maioria das gestantes comparece às consultas pré-natais e seguem bem as orientações dadas. Os medicamentos usualmente necessários durante a gravidez (sulfato ferroso e ácido fólico) estão disponíveis na UBS. Além da consulta com a médica, as gestantes também são consultadas com a enfermeira e esta também verifica BCF e altura uterina. A grande dificuldade quanto ao pré-natal é a inexistência do sonar, sendo feita a ausculta com o estetoscópio de Pinard que é mais demorado e por vezes menos audível. Quando as gestantes apresentam alterações mais graves, estas são encaminhadas para as cidades vizinhas que apresentam um melhor suporte. Entretanto, de uma forma geral, o nosso pré-natal é considerado de boa qualidade. Além da consulta com médica e enfermeira, há também a consulta realizada pela cirurgiã-dentista após cada consulta pré-natal. Todos os dados colhidos são anotados no cartão da gestante e nos seus respectivos prontuários.

Outro acompanhamento necessário, mas que não é registrado de forma adequada é o controle dos cânceres de mama e do colo uterino. Apesar de ser realizado o rastreamento e serem solicitadas as mamografias e o Papanicolaou, não há uma ficha específica para este programa, sendo difícil termos um seguimento e noção de quanto tempo foi realizado e quando deveremos repetir esses exames.

Nos prontuários são anotados esses itens, mas de forma aleatória. Estou há dois meses nesta equipe e a grande maioria dos prontuários não contempla informações importantes sobre este programa, mesmo a usuária informando o mês em que realizou os exames. Para melhor seguimento, fazem-se necessárias fichas específicas que mostrem os resultados, as datas e a respectiva conduta tomada, assim como há fichas para as crianças e para anotações dos usuários com hipertensão. O Papanicolaou é realizado semanalmente pela enfermeira. Já a mamografia não é realizada no município, precisando a mulher se deslocar para cidades vizinhas, como Campo Maior e Barras para poder realizá-lo.

Patologias como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) têm melhor forma de registro e seguimento. Todos os usuários com HAS/DM possuem uma ficha exclusiva onde são anotadas glicemia e pressão arterial com as datas das aferições. Além disso, na mesma ficha estão os medicamentos usados e a sua posologia, podendo assim fazer um remanejamento da melhor forma quando necessário. Os usuários recebem a grande maioria dos medicamentos prescritos, o que torna melhor a aderência e uso dos mesmos, já que possuem uma situação financeira bastante precária dificultando a compra de medicações. Para melhor entendimento da própria doença, esses usuários são orientados dentro e fora do consultório. Há uma semana, foi realizada a última palestra sobre hipertensão e diabetes, a fim de instruí-los sobre alimentação, exercícios físicos e aderências ao tratamento, além das complicações dessas patologias caso não haja seu controle. O fumo é um dos fatores ainda de grande resistência na zona rural, porém sempre estamos orientando sobre seus malefícios, principalmente quando associados a essas doenças.

Como a maioria dos usuários com HAS/DM são idosos, estes são bem acompanhados e instruídos não somente sobre essas doenças, mas também quanto à prevenção de quedas, alterações comportamentais devido a senilidade, alterações psicológicas e restrições, sejam elas físicas ou mentais. Todos os idosos recebem o cartão do idoso, porém a minoria faz uso desse cartão. Há a presença de uma ficha espelho que comporta todas as informações também registradas no Cartão do idoso. Os dados de queixas e medicações são anotados nos prontuários e muitas vezes uma parte desses prontuários é perdida. Isso torna difícil o manejo desses usuários já que os antecedentes patológicos são de grande relevância nessa faixa etária. O ideal seria a disciplina dos idosos em relação à carteira do idoso, levando-

as em todos os atendimentos, em conjunto com a organização dos registros na UBS. Assim, seria possível ter o registro em dois locais para eventuais consultas em caso de perda ou extravio. As visitas domiciliares se destinam quase que exclusivamente a essa faixa etária, ou por serem acamados ou por terem restrição de locomoção. Essa é outra maneira de não perdermos de vista esses usuários que precisam de suporte e reavaliação frequente.

Alguns indicadores como a proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida e exame clínico apropriado em dia, proporção de idosos com hipertensão arterial e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos, proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar e proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, apresentam-se com números baixos de acordo com a análise de alguns prontuários. Apesar do déficit desses registros e do monitoramento, conseguimos ter uma noção de que muitas ações não são realizadas ou são realizadas de forma superficial ou precária.

Por haver um registro de dados precário e monitoramento falho, não temos informações concretas quanto a quantidade de idosos com avaliação médica até então, o que impossibilita estipular valores relacionados à cobertura. Quanto a parte odontológica, por mês, temos em média 3 a 5 atendimentos de idosos, de uma forma geral; a cirurgiã-dentista não está presente em todas as visitas domiciliares e quando as realiza é separadamente do restante da equipe.

1.3 Comentário comparativo

Com a realização da análise situacional, percebi com maior clareza as fragilidades do serviço, os problemas estruturais e logísticos e as dificuldades em relação ao atendimento.

Muita coisa permanece igual desde o primeiro relato sobre a situação da atenção primária no município. Porém, a parte de palestras e de reuniões com determinados grupos aumentou. Apesar de não termos um espaço físico adequado na própria unidade, algumas palestras e reuniões passaram a ser realizadas na igreja da região e na própria UBS. Outra melhora está relacionada ao aumento de medicações disponíveis aos usuários após a realização de uma lista feita por nós,

médicos da zona rural e urbana, sendo entregue ao gestor. Muita coisa precisa ser melhorada, principalmente no que diz respeito à estrutura.

Uma dificuldade que temos e que não conseguimos corrigir são as informações para os indicadores que o Caderno de Ações Programáticas apresenta. Não há registros para vários indicadores de qualidade que necessitamos, e não há uma minuciosidade das informações exigidas, o que torna difícil o preenchimento do Caderno. Todos os dados disponíveis estão na secretaria municipal de saúde.

Ainda temos muito a fazer, desde a perseverança da equipe de saúde, até a disciplina dos nossos usuários e maior atenção e zelo dos gestores com a saúde pública, mas de uma forma geral, com o passar dos dias e com o convívio tanto com a equipe como com a comunidade, percebi que o ambiente que me encontro é bastante harmonioso. As pessoas são tranquilas e pouquíssimas vezes nos deparamos com agressividades e incompreensões. As dificuldades são poucas comparadas com outras áreas do meu conhecimento, sendo possível a realização de quase todas nossas atividades que se fazem necessárias.

2 Análise Estratégica

Atividade realizada na Unidade II no período de 30 de maio de 2014 a 07 de agosto de 2014.

2.1 Justificativa

A Constituição brasileira incorpora um conceito ampliado de saúde, entendido como direito de cidadania, direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O envelhecimento populacional, um fenômeno natural, irreversível e mundial, é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como início da velhice (BRASIL, 2010).

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população (BRASIL, 2007).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Firme Pedro é uma unidade simples, em zona rural, mas com boas condições de trabalho, comparadas a muitas que estão espalhadas por nosso estado. Apresenta consultório médico e odontológico de tamanhos adequados e arejados, sala de enfermagem, farmácia com grande parte de medicações comumente prescritas, sala de curativos e nebulização, cantina e banheiro para funcionários e usuários. Na UBS atua apenas uma equipe de saúde, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde

(ACS) e dois recepcionistas. A população da área de abrangência é de 2.802 pessoas, desde recém-natos até idosos.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, existem 300 idosos residentes na área de abrangência da UBS. As consultas são diariamente disponíveis para os idosos, não havendo restrições de dias estipulados para determinada faixa etária. Há a realização esporádica de palestras com enfoque nas principais doenças que os acometem, como hipertensão arterial e diabetes. Dois turnos por semana são específicos para atendimento dentro do programa HIPERDIA (Programa de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), momentos em que usuários com hipertensão e/ou diabetes, entre os quais se encontram muitos idosos, têm sua pressão arterial aferida e a glicemia capilar mensurada. A realização de visitas domiciliares para os acamados ou com dificuldades de locomoção ocorrem mensalmente e aqueles com maiores problemas de saúde são visitados mais de uma vez por mês.

Consideramos a atenção do idoso implantada na nossa UBS ainda insipiente. Uma das grandes dificuldades é ampliar a adesão às consultas, porque muitos idosos, por não apresentarem sintomas, ou por esses serem mascarados com a automedicação, que ocorre em grande parte de forma errônea, deixam de ir até nós, prejudicando o adequado acompanhamento. Outras dificuldades possíveis de encontrarmos são: a falta de treinamento da própria equipe de saúde da família para com esse grupo etário e a pouca importância atribuída a esta população pela sociedade.

Um dos aspectos que possibilitará a intervenção é a boa vontade da equipe, que se esforça para realizar boas práticas, apesar das dificuldades, sendo a ausência de registros específicos o que mais atrapalha nosso seguimento. Outros fatores que contribuirão para que a intervenção se torne possível é a boa receptividade dos idosos, que se sentem satisfeitos quando nos mostramos mais disponíveis e a presença de igrejas e escolas disponíveis em diversas áreas que abrangemos para realização de atividades educativas, tornando mais fácil desenvolvê-las para a população. Esperamos que haja participação mais ativa dos idosos em nossas atividades e na sociedade, ajudando-os a exercer sua cidadania através de sua autonomia, respeitando suas possibilidades e independência. A intervenção certamente ampliará a qualidade do serviço e beneficiará a comunidade da área adstrita.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade do atendimento aos idosos na UBS Firme Pedro.

2.2.2 Objetivos Específicos – Saúde do Idoso

1. Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os idosos que apresentam risco da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos idosos.

2.2.3 Objetivos Específicos – Saúde Bucal

1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática.
2. Melhorar a qualidade da atenção da saúde bucal do idoso.
3. Melhorar a adesão dos idosos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os idosos que apresentam risco para doenças bucais.
6. Promover a saúde bucal dos idosos.

2.3 Metas

Saúde do Idoso

Referentes ao objetivo 1

- 1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Referentes ao objetivo 2

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

- 3 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses.

4 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos com hipertensão e/ou diabetes.

5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

6 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

7 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

8 Rastrear 100% dos usuários com Diabetes para Hipertensão Arterial.

9 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes.

10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Referentes ao objetivo 3

11 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Referentes ao objetivo 4

12 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

13 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Referentes ao objetivo 5

14 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

16 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Referentes ao objetivo 6

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

18 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Saúde Bucal

Referentes ao objetivo 1

1 Realizar a primeira consulta odontológica para 50% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Referentes ao objetivo 2

2 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (cirurgião-dentista).

3 Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Referentes ao objetivo 3

6 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

7 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Referentes ao objetivo 4

8 Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Referentes ao objetivo 5

9 Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Referentes ao objetivo 6

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

11 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal a 100% dos idosos.

12 Realizar ações coletivas em saúde bucal para 100% dos idosos da área de abrangência.

2.4 Metodologia

2.4.1 Ações

Para alcançar as metas em relação ao atendimento em saúde do idoso, as ações foram divididas em quatro eixos estruturantes: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Cada eixo contempla um conjunto de ações referentes às metas propostas, mas para permitir um texto mais fluido, optou-se por não utilizar tópicos citando cada um dos objetivos e metas.

Monitoramento e avaliação

A enfermeira monitorará semanalmente na ficha espelho (Anexo A) a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e a realização de exame clínico apropriado em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde. O exame clínico apropriado inclui verificar pressão arterial e glicemia capilar, realizar ausculta cardíaca e pulmonar, observar pulsos periféricos e possíveis lesões no corpo, além de registrar fragilidades mentais ou físicas do idoso. Mensalmente, será monitorado no mesmo registro se a quantidade de idosos com esta avaliação e com o exame clínico apropriado está aumentando.

Haverá monitoramento mensal na ficha espelho (Anexo A) pela enfermeira e médica do número de idosos com hipertensão e/ou diabetes e com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, bem como, na caderneta dos idosos, será monitorada a realização dos exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada.

Haverá monitoramento pela enfermeira e técnica de enfermagem do acesso aos medicamentos da Farmácia da UBS.

A enfermeira monitorará mensalmente na ficha espelho (Anexo A) e através da informação dos ACS, o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, assim como se estão sendo realizadas as visitas domiciliares para estes idosos. A avaliação do idoso no domicílio será realizada pelo médico.

Será monitorado mensalmente pela enfermeira na ficha espelho (Anexo A) o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS e o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, há pelo menos um ano.

Será monitorado mensalmente, pela médica e pela enfermeira, o número de idosos que receberam avaliação da necessidade de tratamento odontológico. O cirurgião-dentista irá monitorar mensalmente, na ficha espelho (Anexo A), a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído. Médico e cirurgião-dentista irão monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos, nas consultas médicas e odontológicas diariamente, bem como nas visitas domiciliares.

Cirurgião-dentista e enfermeiro deverão monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS, mensalmente. O cirurgião-dentista irá monitorar o número de idosos com necessidade de prótese em cada consulta odontológica.

ACS e enfermeiro irão monitorar semanalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Médico e enfermeiro irão monitorar mensalmente a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, analisando prontuários e caderneta do idoso a cada consulta e cada visita domiciliar.

Médico, enfermeiro, ACS e cirurgião-dentista irão monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mensalmente. Médico e enfermeiro irão avaliar por meio de anamnese, exame físico e exames laboratoriais o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, diariamente, no decorrer de suas atividades.

A equipe de enfermagem irá monitorar mensalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. Toda a equipe terá o papel de monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e todos os idosos com rede social deficiente, através de conversas com os próprios idosos e com seus familiares, seja nas consultas ou nas visitas domiciliares.

A equipe de enfermagem irá monitorar mensalmente por meio dos prontuários a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e o número de idosos com obesidade / desnutrição. Também irá monitorar

a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e o número de idosos que realizam atividade física regular, sendo este dado sempre perguntado e registrado na planilha específica dos idosos nas consultas ou no HIPERDIA, mensalmente. O cirurgião-dentista irá conduzir as atividades educativas individuais, diariamente, em todas as consultas.

Organização e gestão do serviço

Todos os idosos da área serão cadastrados pela enfermeira. Para isso, os 300 idosos estimados para a área serão buscados pelos ACS e convocados a comparecer à UBS para cadastramento e consulta. Aos resistentes, a enfermeira e/ou a médica realizarão visita domiciliar. Nas primeiras semanas, durante as buscas, a agenda de atendimento aos idosos estará priorizada, podendo ampliar o número de turnos, se necessário, para receber e cadastrar os que chegarem. Da mesma forma, a agenda das visitas será ampliada em mais um turno, para que possamos realizar as visitas domiciliares que os ACS sinalizarem.

A segunda ação será o acolhimento aos idosos por parte de toda a equipe de saúde. Assim, além da prioridade na agenda de atendimentos citada anteriormente para os cadastros, as consultas que forem necessárias estarão com a agenda aberta disponível e, se a mesma estiver lotada, será orientado à recepção que sejam marcados como atendimento extra. Se for preciso, estima-se que seja possível ter dois atendimentos extras para idoso por turno.

Será garantido o registro mensal dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, através das informações trazidas pelos ACS. Estes organizarão também uma agenda semanal, por microáreas, para realizar as visitas domiciliares a estes idosos juntamente com a médica. Os ACS irão organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e o restante da equipe organizará a agenda para acolher na UBS os idosos provenientes das buscas domiciliares, semanalmente.

O enfermeiro disponibilizará os dados e as informações colhidas nas consultas para manter os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) atualizados mensalmente. O médico criará uma planilha para registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuando com a equipe o registro das informações e definindo o responsável pelo monitoramento dos

registros. A equipe cobrará ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A prioridade dos atendimentos será aos idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilizados na velhice. Os ACS e o enfermeiro facilitarão o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida - balança, antropômetro, tabela de Snellen -, e do exame clínico apropriado, com necessidade de esfigmomanômetro adequado para correta aferição da pressão arterial e glicosímetro para checagem da glicemia capilar, bem como estetoscópio de boa qualidade para realização de ausculta cardíacas e pulmonares. Na unidade já estão disponíveis a balança e o antropômetro. Será solicitada à coordenação da atenção básica a disponibilização de uma tabela de Snellen, bem como a manutenção dos equipamentos, para que estejam sempre em condições satisfatórias de uso.

A Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos poderá ser realizada por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. Na primeira reunião de equipe será definido junto aos integrantes o papel de cada um na realização desta avaliação e do exame clínico do idoso. Os idosos que estiverem há mais de um ano sem realizar a Avaliação Multidimensional Rápida, ou que não existir informação sobre isso, e que estiverem há mais de seis meses sem registro sobre o exame clínico, receberão um agendamento de consulta da médica para atualização. Em casos que não for possível a visita por algum motivo, será agendado pelo ACS o atendimento deste idoso na UBS. Para acolher os idosos provenientes das buscas e visitas, a agenda terá marcação facilitada, de acordo com a possibilidade do idoso. Para os idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, em especial, buscaremos articular com o gestor uma garantia de referência para atendimento dos mesmos.

Será garantida pela médica a solicitação dos exames complementares. A equipe buscará garantir com o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecerá sistemas de alerta para os exames não realizados, como avisos com sinalização em etiqueta ou caneta colorida na ficha espelho e prontuário.

Será realizado mensalmente pela funcionária da farmácia da unidade de saúde controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manutenção de

um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS/DM cadastrados na unidade de saúde.

Os ACS, a enfermeira e a recepcionista organizarão o acolhimento aos idosos, o atendimento prioritário na unidade de saúde e organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos diariamente. O cirurgião-dentista e a equipe deverá organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, assim como garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

O cirurgião-dentista disponibilizará protocolo impresso do atendimento da primeira consulta odontológica programática e a UBS terá que disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca, que será solicitado pela equipe ao gestor. O cirurgião-dentista e técnico de saúde bucal irão organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico, organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares e garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

O cirurgião-dentista deverá atentar-se na necessidade ou não de adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses e solicitar para a gestão materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Todos os membros da equipe estão encarregados na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, através de palestras que ocorrerão uma vez por mês. O médico irá solicitar ao gestor municipal parcerias institucionais para a realização de atividade física na área abrangente. O cirurgião-dentista organizará um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Para o bom acolhimento será trabalhado nas primeiras capacitações da equipe as melhores formas de receber e ouvir um idoso. Para isso, na reunião quinzenal de equipe, os profissionais serão convidados a compartilhar mais as informações que qualquer trabalhador trazer a respeito dos idosos e a acompanhar o fechamento dos relatórios do SIAB, a partir do qual são atualizadas as informações no sistema.

Engajamento público

A médica, a enfermeira, o cirurgião-dentista e os ACS, nas consultas, nas visitas domiciliares e nas atividades educativas que ocorrerão uma vez por mês, informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde e sobre as facilidades de realizar o acompanhamento nesta UBS. Será esclarecida também a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, inclusive com consulta odontológica, bem como sobre a oferta dessas consultas na UBS. Entre as atividades educativas durante a intervenção, estão previstos encontros da equipe com os idosos em igrejas e escolas com oferta de café da manhã ou lanches.

Nas atividades quinzenais de educação em saúde (salas de espera), a comunidade será orientada sobre a importância da Avaliação Multidimensional Rápida, sobre o tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Será feita pela equipe, nas consultas individuais e atividades educativas previstas, a orientação dos usuários e da comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados. Também serão fornecidas orientações quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia da própria UBS e sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Toda a equipe orientará a população durante o contato com a comunidade em geral e familiares de idosos na unidade de saúde para qualquer procedimento, durante as consultas e nas atividades educativas sobre: a existência do Programa de Atenção ao Idoso na UBS, sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção; importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, 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 e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento

de DM; importância de avaliar a saúde bucal e a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas.

Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista irão esclarecer, durante as consultas, sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca e esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta. A equipe odontológica irá ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento odontológicos de idosos acamados e esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldades de locomoção.

O cirurgião-dentista por meio de palestras em igrejas, escolas e na própria UBS, irá esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias e sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta do serviço.

Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e cirurgião-dentista informarão a comunidade por meio de reuniões e palestras sobre a importância de realização das consultas, dando oportunidade da comunidade falar sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e iremos esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Nas consultas, visitas e atividades educativas toda a equipe dará a orientação aos idosos e à comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. A equipe irá orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Os ACS irão orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde sempre que tiverem contato com eles, mesmo que informal e médico, enfermeiro e ACS irão estimular na comunidade, através de conversações, a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Médico, enfermeiro e nutricionista irão ofertar orientações para os idosos, os cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares

saudáveis, a realização de atividade física regular e a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, seja na oportunidade das consultas ou visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões quinzenais da equipe, uma parte do tempo (cerca de 45 minutos) será utilizada para a educação permanente em que capacitaremos os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, para o reconhecimento dos casos que necessitam de avaliações mais complexas, a fim de encaminhá-los a outro local de atendimento, para a realização de exame clínico apropriado e para que realizem o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A médica capacitará a equipe, logo no início da intervenção, para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Será realizada a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e a capacitação da equipe realizada pelo médico e enfermeiro para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia da UBS.

Todos os ACS serão treinados a realizar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a reconhecer os casos que necessitam de visita domiciliar e a acompanhar estes idosos no domicílio.

Durante os encontros de capacitação previstos, a médica e a enfermeira capacitarão a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Ao início da intervenção, o cirurgião-dentista capacitará a equipe através de palestras em reuniões para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. O cirurgião-dentista irá capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz e capacitar os profissionais para o manejo dos usuários idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

O cirurgião-dentista irá capacitar os profissionais também para que todos possam esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares, capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares, qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios e capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares. Além disso, o cirurgião-dentista irá capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa através de demonstrações práticas com os próprios usuários e capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Por fim, o cirurgião-dentista capacitará a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias e capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

O médico treinará os ACS nas reuniões periódicas durante a intervenção na orientação de idosos quanto a realização das consultas e sua periodicidade, o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. O médico irá capacitar o restante dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, nas reuniões periódicas que irão existir.

A equipe se capacitará, analisando todos os itens e informações importantes para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa e através de leituras de manuais e protocolos, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, logo no início da intervenção. A equipe terá que avaliar a rede social dos idosos, nas consultas, nos grupos, reuniões em igrejas ou escolas.

A nutricionista dará instruções a equipe para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" e capacitará a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos com hipertensão e/ou diabetes, em reunião realizada no início da intervenção. E a equipe passará aos idosos a importância sobre a alimentação saudável, realização de atividade física regular e riscos ao uso do tabagismo, álcool e drogas.

2.4.2 Indicadores

Saúde do Idoso

Meta 1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Indicador: proporção de idosos cadastrados no programa.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador: Proporção de idosos com AMR em dia:

Numerador: Número de idosos com AMR em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses.

Indicador: 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.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos com hipertensão arterial ou diabetes.

Indicador: Proporção de idosos com hipertensão arterial ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia:

Numerador: Número de idosos com hipertensão arterial ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos com hipertensão arterial ou diabetes cadastrados no programa.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia da própria UBS:

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia da própria UBS.

Denominador: Número de idosos com prescrição medicamentosa cadastrados no programa.

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador: 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 e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: 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.

Meta 8: Rastrear 100% dos usuários com Diabetes para Hipertensão Arterial.

Indicador: Proporção de idosos com diabetes rastreados para hipertensão arterial.

Numerador: Número de idosos com diabetes rastreados para hipertensão arterial.

Denominador: Número de idosos de idosos com diabetes cadastrados.

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes.

Indicador: Proporção de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para Diabetes.

Numerador: Número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para Diabetes.

Denominador: Número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg cadastrados.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 11: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 12: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Numerador: Número de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 13: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: 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.

Meta 14: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: 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.

Meta 15: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: 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.

Meta 16: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador: 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.

Meta 17: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 18: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Saúde Bucal

Meta 1: Realizar a primeira consulta odontológica para 50% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: proporção de idosos com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica.

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

Meta 2: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar do cirurgião-dentista.

Numerador: Número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar do cirurgião-dentista.

Denominador: Número total de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados.

Meta 3: Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído.

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

Meta 4: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alterações de mucosa.

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

Meta 5: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese.

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

Meta 6: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

Meta 7: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Meta 8: Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com registro adequado na ficha espelho de saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática e com registro adequado na ficha espelho de saúde bucal.

Denominador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 9: Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

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

Meta 10: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

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

Numerador: Número de idosos com orientação individual sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 11 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal a 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação individual sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

Meta 12 Realizar ações coletivas em saúde bucal para 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas em saúde bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

2.4.3 Logística

A intervenção no programa de atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Firme Pedro utilizará como protocolos o Estatuto do Idoso, o Manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Volume 12 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (Brasil, 2007).

Na unidade são utilizados atualmente como registro apenas os prontuários. Contudo, nem todos os prontuários possuem um bom preenchimento, faltando dados importantes para o seguimento e avaliação criteriosa a longo prazo de cada idoso. A caderneta do idoso não é utilizada de rotina, apesar da sua existência na unidade de saúde. Tentaremos a partir de agora utilizá-la para todos os idosos.

Apesar de o prontuário contemplar algumas informações válidas para um bom seguimento, outros dados de grande importância não são registrados. Serão utilizadas fichas espelhos (Anexo A) disponibilizadas pelo curso da UFPel, contendo as seguintes informações sobre o idoso e sua saúde: nome completo, endereço, se há um cuidador e o nome do mesmo, se apresenta dificuldade de locomoção, se é acamado, se apresenta hipertensão, diabetes, osteoporose, depressão, demência, além de campos para registro do peso, altura, IMC, pressão arterial, presença de fragilidade, medicações de uso contínuo, resultados e datas de realização de exames, orientação nutricional e de atividade física e a data da próxima consulta. Será feito também local para registro da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, com campo para data de cada avaliação e registro de alterações ou não quanto à audição, visão, humor, atividade sexual, cognição e memória, membros inferiores e superiores, suas atividades diárias, quedas e suporte social. A ficha será individualizada para cada idoso cadastrado na UBS.

Estimamos alcançar com a intervenção 70% (210/300) dos idosos da área adstrita no período de três meses. Será realizada a impressão das fichas espelho e prontuários em branco em quantidade suficiente, bem como o fornecimento de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Todas as cópias em branco desses registros serão solicitadas por meio de ofício aos gestores. A equipe de saúde bucal não fará uso da ficha espelho ofertada pelo curso, pois já existem formulários próprios para o atendimento odontológico na UBS. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexos B e C).

A enfermeira e a médica organizarão o registro específico do programa utilizando as novas fichas, preenchendo-as com as informações existentes nos prontuários e com aquelas fornecidas pelos agentes de saúde e pelo funcionário da farmácia. Neste momento, serão identificados também nos prontuários os exames, avaliações clínicas, vacinas em atraso e será confeccionada uma lista para iniciar as buscas ativas para regularização destes casos.

Um treinamento da equipe sobre os protocolos ocorrerá no início da intervenção. Para que a mesma possa ser feita com o melhor aproveitamento e melhores resultados possíveis, este primeiro encontro terá maior foco no acolhimento dos idosos, na realização de exame clínico adequado e na solicitação de exames. Os demais assuntos a serem abordados nas capacitações serão incluídos no terceiro e quarto encontros. Estão previstos quatro encontros de educação permanente dos trabalhadores no período da intervenção, sendo dois no primeiro mês e dois no segundo, sempre utilizando o horário de reunião de equipe, que ocorre nas salas da própria UBS. Em relação à saúde bucal, o foco inicial será nas orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias), necessidade de tratamento dentário e avaliação da necessidade de prótese dentária.

Na UBS não dispomos de espaço para realização dos grupos de idosos. Esta e as outras atividades educativas serão realizadas em locais da própria comunidade de fácil acesso aos idosos, sendo a Igreja e as escolas os locais de preferência, no turno da manhã. O material de apoio educativo, como cartazes, papéis, canetas, macromodelos e material audiovisual, serão solicitados oficialmente à secretaria de saúde algumas semanas antes de cada atividade. As atividades educativas estão planejadas para acontecer de forma intercalada entre grupos e salas de espera. O dia da semana será combinado com os participantes convidados, a fim de ampliar a adesão.

Outra ação importante que realizaremos são as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. As visitas ocorrerão uma vez por semana, havendo um revezamento na ida a cada microárea. A quantidade de visitas de cada dia dependerá do número dos idosos necessitados em cada região, sendo em média de 5 a 10 usuários por dia. Faz-se necessária a presença do médico, enfermeiro e do agente comunitário da região que iremos contemplar no dia. O deslocamento ocorrerá de carro, havendo um motorista contratado pela prefeitura sempre disponível para a equipe.

A equipe deverá ter em mãos equipamentos necessários às ações do programa. Os equipamentos indispensáveis serão esfigmomanômetros e estetoscópios para a aferição da pressão arterial, fitas métricas para medida da circunferência abdominal, monitores de glicemia, lancetas e tiras reagentes para realização de glicemia capilar e balança devidamente calibrada para pesagem. Esses equipamentos serão solicitados à secretaria de saúde por ofício e àqueles já existentes será solicitada manutenção constante.

Toda a sociedade, em especial familiares e cuidadores, deverão ser mobilizados no sentido de colaborar para a adesão dos idosos ao programa e priorizar a prevenção de doenças. Contataremos o sindicato dos trabalhadores rurais e as Igrejas Assembleia de Deus e Católica para ajudarem na divulgação do programa. A lotérica do centro da cidade de Cabeceiras do Piauí será outro local estratégico onde serão colados cartazes, tendo em vista a frequência com que os idosos adentram este estabelecimento.

Quanto à facilidade de acesso às medicações, médico, enfermeiro e cirurgião-dentista serão instruídos a prescrever, de acordo com as necessidades de cada usuário, as medicações existentes na farmácia da própria unidade, evitando gastos dos idosos com medicações, especialmente as de uso contínuo.

3 Relatório de Intervenção

Atividade realizada na Unidade III no período de 18 de agosto de 2014 a 29 de novembro de 2014.

A intervenção acabou e a sensação que tive foi de ter conseguido melhorar a saúde dos idosos, mantendo a prevenção de doenças em primeiro lugar e tratando sempre que necessário.

Em relação às ações propostas, grande parte delas foi desenvolvida conforme esperado, embora a equipe tenha enfrentado algumas dificuldades e ajustes que serão detalhados nos próximos parágrafos.

3.1 Ações previstas e realizadas

Monitoramento e avaliação

Quanto ao monitoramento das ações, foi realizado pela médica, pela enfermeira, pela técnica de Enfermagem e pela cirurgiã-dentista por meio da avaliação das fichas espelho (Anexo A) e das fichas de saúde bucal. Tudo o que havia sido realizado na semana era checado, incluindo o que estava faltando (medicamentos e solicitação de exames, por exemplo), a marcação de visitas primordialmente nas áreas mais necessitadas, a realização de consultas, exames e avaliações e a realização de orientações.

No final do mês eu e a enfermeira ao avaliarmos se houve aumento da procura na UBS por parte dos idosos, pudemos perceber a quantidade de idosos em que realizei a consulta e, conseqüentemente, a avaliação multidimensional ou os demais procedimentos previstos. Essas ações aconteceram de forma que pudemos avaliar onde havia alterações semelhantes (doenças, agravos ou eventos mais incidentes) a fim de nos direcionarmos nas atividades coletivas.

Semanalmente realizei o preenchimento das informações para a planilha de coleta de dados e elaborei os diários, isso inevitavelmente funcionou como monitoramento das ações realizadas e dos dados coletados. O monitoramento

possibilitou o planejamento e a revisão de estratégias, então, a realização das atividades coletivas sempre foi programada com antecedência e avaliada depois.

Organização e gestão do serviço

O cadastramento dos idosos funcionou como um recadastramento, pois todos que foram atendidos desde o início da intervenção já estavam cadastrados e não houve entrada de nenhum idoso desconhecido nas áreas que abrangemos. O que sempre era feito, portanto, era a confirmação desse cadastro na ação programática. Neste sentido a equipe não encontrou nenhuma dificuldade.

O atendimento clínico dos idosos se deu de forma bastante harmoniosa e bastante detalhada. Algumas informações colhidas que antes passavam despercebidas foram bastante proveitosas em nossa conduta. Sempre que na primeira consulta algum idoso vinha desacompanhado e eu percebia alguma dificuldade de assimilar o uso correto das medicações prescritas ou alterações na memória, sempre pedia que na próxima consulta viesse com uma pessoa mais próxima. Por vezes, foi difícil colher dados na anamnese e ter com clareza informações necessárias para a tomada de condutas. Trabalhar com idosos requer paciência e sutileza, qualidades que aprimorei durante esse período com a ajuda deles. O exame físico na grande maioria das vezes foi possível ser realizado com precisão. Outras, por apresentarem dificuldades na subida da maca, precisávamos de mais de uma pessoa para ajudar. Mas sempre acabou sendo realizado.

O registro dos medicamentos fornecidos pela farmácia da própria unidade é realizado diariamente, pela técnica que entrega esses medicamentos. Tudo é anotado em um caderno específico para este fim, sendo no final de cada semana identificados os medicamentos com maior saída e aqueles com necessidade de reposição. Raras vezes que prescrevi medicamentos, principalmente anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, houve falta. A farmácia é bem abastecida e possui os principais medicamentos usados na atualidade.

Os registros dos dados colhidos na anamnese e exame físico de todos os idosos consultados foram feitos nas fichas espelhos (Anexo A) individualmente, bem como nos seus respectivos prontuários. As fichas, tanto da avaliação clínica multidimensional como da saúde bucal, foram grampeadas nos prontuários, a fim de haver uma melhor organização e seguimento do que havia sido realizado na última consulta. A ficha espelho fica junto ao prontuário por dois motivos: a ficha espelho

dispõe de grande quantidade de informações e registros de diversas naturezas, dificultando o acesso separado de apenas um item. Além disso, as fichas estão anexadas em prontuários que são devidamente enumerados de acordo com região e família, em gavetas na recepção, facilitando o acesso rápido quando necessário.

Em relação à divulgação do programa, apesar da realização de cartazes que foram colocados em locais estratégicos, onde fosse fácil ser visto por idosos e também não idosos, acredito que os usuários que procuravam a unidade de saúde, em sua maioria não foram devido a essa forma de comunicação. Por se tratar de uma cidade muito pequena, do interior, todos da região se conhecem e as informações fluem muito rápido. As agentes de saúde, ao falarem da necessidade da ida ao consultório e do aviso da presença de médica na unidade, foi, talvez, o que mais tenha levado esses usuários a nossa procura. De uma forma ou de outra, ficamos felizes com o resultado e com maior procura comparados aos meses anteriores.

A busca ativa aos idosos realizados por cada agente foi feita de maneira regular, mas imagino que poderia ter sido feita em maior quantidade. Infelizmente, apesar de conversas e capacitação dos funcionários, eles também possuem outras funções e não conseguimos ter o controle se foram realmente em todos os idosos que estavam precisando. A busca ativa foi realizada nos idosos que já estavam cadastrados anteriormente à intervenção, mas que há mais de um ano não realizavam consultas médicas. Nenhum idoso que teve busca ativa compareceu à UBS conforme recomendado pelos agentes de saúde.

Alguns usuários que chegaram a ter a consulta inicial, com data de retorno marcada, não foram à consulta de retorno. Dessa maneira, esses usuários também foram buscados, a fim de retornarem à UBS, para haver seguimento clínico. Entretanto, esses também não compareceram ao consultório médico.

As ações educativas eram realizadas na segunda semana de cada mês. Eu e a enfermeira discutimos qual assunto deveria ser abordado de acordo com a necessidade vista nas consultas e de acordo com a maior prevalência de determinadas patologias, a fim de passarmos informações úteis para a grande maioria dos idosos. A cirurgiã-dentista também avaliava qual tema seria mais proveitoso para eles, tentando sempre associar o tema que abrangeríamos com o seu. A comunidade era avisada sobre a realização da ação educativa, sendo os agentes de saúde responsáveis por divulgarem a existência da mesma em suas

áreas, bem como o local e horário que seriam realizadas. A gestão também era comunicada a fim do repasse do dinheiro necessário para compra de alimentos (lanche) que seriam oferecidos nessas ocasiões aos usuários.

As reuniões de capacitação da equipe foram realizadas na própria unidade de saúde, sendo a capacitação feita por mim e pela enfermeira. Foram realizados quatro encontros com toda a equipe, que aconteceram nos dois primeiros meses de intervenção, com frequência a cada 15 dias de uma para outra. Nesses encontros passei algumas informações essenciais sobre a fisiologia do idoso e suas diferenças das outras faixas etárias. Além disso, foram explanadas quais alterações deviam ser buscadas nos idosos, a fim de reconhecer patologias que são bastante prevalentes e que se prevenidas ou tratadas precocemente evitam a mortalidade, bem como orientações necessárias a serem passadas aos seus cuidadores para melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Em relação ao atendimento em saúde bucal, infelizmente, por problemas de falta de luz e água em vários períodos da intervenção, tivemos dificuldade na realização das consultas odontológicas de forma plena e da maneira que esperávamos.

Sobre a pretensão de nos "desdobrarmos" para atingir a meta e ampliar turnos de atendimentos e visitas, realmente existiu. Inicialmente tinha em mente outro propósito da intervenção, algo como "mutirão". Entretanto, aos poucos fui absorvendo que a prioridade era a qualidade dos serviços e não apenas se alcançar a quantidade prevista. Hoje, não vejo mais como algo forçado e noto que é possível, na continuidade, manter o fluxo e a qualidade dos atendimentos sem maiores problemas.

Engajamento público

Além das consultas médicas com rastreamento de doenças prevalentes, o que mais trouxe alegria e motivação foram as atividades coletivas realizadas. Tivemos participação de grande quantidade de idosos e eles estavam interagindo bem conosco. Muitos ensinamentos passados em massa possibilitaram que a ida ao consultório fosse apenas um "replay" do que já haviam escutado sobre os temas trabalhados em grupo.

As atividades coletivas foram realizadas tanto em igreja como na própria UBS. A quantidade de usuários quando a atividade era realizada na igreja era maior, em

torno de 40 a 50 pessoas. Apesar de todos serem devidamente comunicados, infelizmente não conseguimos um número maior de presentes. Quando a atividade educativa era realizada na UBS, no lugar onde os usuários esperam para serem atendidos, a quantidade diminuía, já que o espaço não é tão amplo, não comportando uma quantidade grande de pessoas, sendo realizada para os idosos que seriam atendidos e mais alguns que se dispunham a assistir e interagir conosco. Os profissionais que falaram nessas atividades foram três: médica (eu), enfermeira e cirurgiã-dentista. Por vezes a técnica e os agentes faziam algumas ressalvas na fala, mas a maior parte do tempo era realizada por nós. Os assuntos discutidos foram as patologias mais prevalentes no meio, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, as consequências de doenças crônicas sem tratamento adequado, além da importância de uma alimentação saudável e balanceada, bem como a prática de exercícios físicos naqueles que puderem realizá-los.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões quinzenais da equipe, uma parte do tempo (cerca de 45 minutos) foi utilizada para a educação permanente em que capacitamos os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, para o reconhecimento dos casos que necessitam de avaliações mais complexas, a fim de encaminhá-los a outro local de atendimento, para a realização de exame clínico apropriado e para que realizem o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Eu capacitei a equipe, logo no início da intervenção, para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Foi realizada a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e a capacitação da equipe realizada por mim e enfermeira para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia da UBS.

Todos os ACS foram treinados a realizar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a reconhecer os casos que necessitavam de visita domiciliar e o acompanhamento desses idosos no domicílio.

Durante os encontros de capacitação realizados, eu e a enfermeira capacitamos a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e a realização do hemoglicoteste em idosos

com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Ao início da intervenção, a cirurgiã-dentista capacitou a equipe através de palestras em reuniões para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. A cirurgiã-dentista capacitou a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz; além da capacitação dos profissionais para o manejo dos usuários idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

A cirurgiã-dentista instruiu os profissionais também para que todos pudessem esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares, capacitou as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares, qualificou a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos, como limpeza de próteses com produtos específicos nos domicílios, e capacitou familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares. Além disso, a cirurgiã-dentista capacitou a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa através de demonstrações práticas com os próprios usuários e capacitou a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Por fim, a cirurgiã-dentista capacitou a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias e para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

Eu treinei os ACS nas reuniões periódicas durante a intervenção na orientação de idosos quanto à realização das consultas e sua periodicidade, o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, bem como o restante dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

A equipe foi capacitada, sendo analisados todos os itens e informações importantes para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa e através de leituras de manuais e protocolos, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, logo no início da intervenção. A equipe foi capaz de avaliar a rede social dos idosos, nas consultas, nos grupos, reuniões em igrejas ou salas de espera.

A nutricionista deu instruções à equipe para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" e capacitou a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos com hipertensão e/ou diabetes, em reunião realizada no início da intervenção. E a equipe passou aos idosos a importância sobre a alimentação saudável, realização de atividade física regular e riscos do consumo de cigarro, álcool e drogas.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Uma das ações previstas foi a confecção de panfletos e faixas para divulgação do programa. Porém, nos habituando com a comunidade, vimos que apenas a divulgação verbal e cartazes em locais usualmente visitados pelos idosos e seus cuidadores (como a própria UBS e igrejas), já seria suficiente para a disseminação do nosso programa. Os cartazes foram confeccionados por mim e colocados na UBS e em igrejas das microáreas para ajudar na divulgação do programa.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados

As dificuldades encontradas na coleta não foram muitas. A planilha (Anexo B e C) dispõe de perguntas básicas que são rotineiramente perguntadas nas consultas. Algumas vezes, quando os idosos não iam acompanhados, acabavam por não saber relatar com precisão uma ou outra pergunta feita, mas nada que compromettesse a solicitação de exames e a realização da anamnese e exame físico. Já a organização dos registros foi realizada anexando as fichas espelhos em cada prontuário, para que se nas consultas subsequentes, caso houvesse alguma mudança, já fosse alterado. Antes de anexar, trazia as fichas espelhos para casa para poder passar os dados para as planilhas e, além disso, também fazia anotações individuais em papéis separados para complementar informações necessárias. No fechamento das planilhas, tive problemas em colocar os dados nos meses corretos, mas foi resolvido. Imagino que será possível a continuidade da intervenção pelo médico sucessor, entretanto, o preenchimento da planilha eletrônica se torna menos provável, pois na UBS não há computador funcionando, tendo o profissional que levar os dados (fichas) para casa e depois devolvê-los aos

respectivos prontuários. Caberá ao profissional sucessor disposição e/ou tempo para a realização do mesmo.

Uma das possibilidades para haver continuidade e monitoramento das consultas e dispor de uma visão geral de todos os usuários cadastrados, seria o conserto ou a substituição, por parte da gestão, do computador existente no consultório médico, facilitando a anotação dos dados colhidos em tempo real, sendo possível a coleta e registro de todas as informações sem a necessidade de levar para casa fichas espelhos impressas para posterior passagem para as planilhas.

Com a ajuda da orientadora consigo interpretar os indicadores de saúde baseados na minha coleta de dados. Como tem que haver a quantidade de idosos minuciosamente correta para cada ação desenvolvida, às vezes me confundo, mas logo consigo entender.

3.4 Incorporação das ações à rotina do serviço

Em relação à incorporação à rotina das ações, estou bastante feliz. Praticamente todas as ações estão sendo realizadas e imagino que seguirão sendo feitas daqui para frente. Apesar de não termos alcançado a meta prevista, sinto-me com papel cumprido, porém, não finalizado, já que almejo continuar com o programa. Quanto aos outros da equipe, não tenho dúvidas que irão continuar com o programa. A enfermeira e técnica de enfermagem da equipe são bastante empenhadas e com certeza sempre apoiarão continuar com o que iniciamos.

Uma dificuldade que vejo e que não obrigatoriamente ocorra, seria a não adesão do médico seguinte que me substituir. Espero que o médico que me substituir não deixe essa parte tão importante deixar de acontecer na comunidade. Orientarei e incentivei o restante da equipe a conversar com o médico seguinte para perpetuar o programa do idoso.

Em relação às atividades coletivas, para que possam continuar a existir, já que atualmente dependem do profissional médico, seria necessária uma conversa da equipe com o médico que ingressará, falando dos benefícios que obtivemos com essas atividades prestadas a comunidade, bem como a melhoria da qualidade de vida após inúmeras instruções dadas aos idosos nesses momentos. Outra forma de proporcionar a perpetuação das atividades coletivas é estimular a enfermeira a organizar as ações educativas envolvendo toda a equipe com realização de atividades de grande proveito para todos, sendo uma forma viável, já

que ela e o restante da equipe conhecem de perto as dificuldades da comunidade. Além disso, a própria comunidade pode cobrar as atividades educativas do profissional médico e do restante da equipe para que os assuntos relevantes continuem a ser discutidos e repassados.

4 Avaliação da Intervenção

Atividade realizada na Unidade IV no período de 30 de novembro de 2014 a 30 de janeiro de 2015.

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu em um período de doze semanas e o público-alvo foram os 300 idosos residentes na área de abrangência da UBS/ESF Firme Pedro.

4.1.1 Indicadores – Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

O número total de idosos existentes na área de abrangência da UBS Firme Pedro corresponde a 300. Conforme vemos na Figura 1, no primeiro mês tivemos contato com 75 idosos, equivalendo a uma cobertura de 25%. No segundo mês, avaliamos mais 47 idosos, totalizando 40,7% e correspondendo a 122 usuários. Por fim, no terceiro mês tivemos o cadastramento de mais 29 usuários, totalizando 151 idosos, o que equivale a 50,3% de cobertura durante a intervenção.

Não conseguimos alcançar a meta de ampliação prevista para 70% devido à resistência de vários idosos à ida ao consultório médico para avaliação clínica, bem como a distância que existe da UBS a algumas microáreas de abrangência, dificultando a presença desses usuários na Unidade.

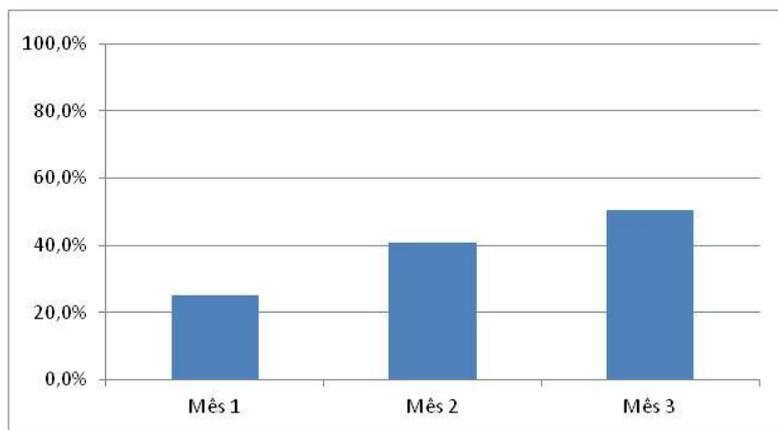


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 2: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Todos os usuários que foram consultados, seja na UBS ou em visitas domiciliares, realizaram Avaliação Multidimensional Rápida (AMR). Os números mostram que no primeiro mês 75 idosos estavam com a AMR em dia, no segundo mês 122 idosos e no terceiro mês 151. Esse valor refere-se à quantidade total de usuários cadastrados mensalmente, portanto, 100% dos idosos atendidos realizaram a avaliação.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses.

Todos os usuários com diabetes que foram consultados, seja na UBS ou em visitas domiciliares, realizaram exame clínico apropriado, portanto, 100% dos idosos com diabetes atendidos realizaram exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados tiveram a solicitação de exames complementares periódicos. No primeiro mês, 47 idosos

tiveram solicitação de exames complementares, no segundo mês o número corresponde a 78 usuários e no terceiro mês 97 usuários, o que equivale a 100% de cobertura em relação à solicitação de exames complementares.

Durante a intervenção, para garantir melhor qualidade nos atendimentos e rastrear alterações laboratoriais precocemente, percebeu-se a necessidade de solicitar exames periódicos aos idosos de uma maneira geral, então, aproveitando a planilha de coleta de dados, a equipe monitorou também com a proporção de idosos (com ou sem hipertensão e/ou diabetes) com exames complementares periódicos solicitados.

Como podemos ver na Figura 2, no primeiro mês, 51 dos 75 (68%) idosos cadastrados tiveram a solicitação dos exames. No segundo mês, os números equivalem a 98 solicitações de exames dentre os 122 idosos cadastrados (80%). No terceiro mês, 123 dos 151 (81%) cadastrados tiveram solicitações de exames complementares.

Em alguns casos, o usuário relatava ter realizado exames há poucos meses, mas quando não havia registro no prontuário dos resultados e dados dos exames, eu solicitava novamente. Em outros casos, solicitava por fazer mais de um ano da realização dos exames, mesmo sem queixas. Alguns poucos haviam realizado exames há poucos meses, mas quando tinha alguma alteração no exame queriam repeti-los para saber se havia melhora. Devido à ansiedade que isso acarretava, acabava por solicitar.

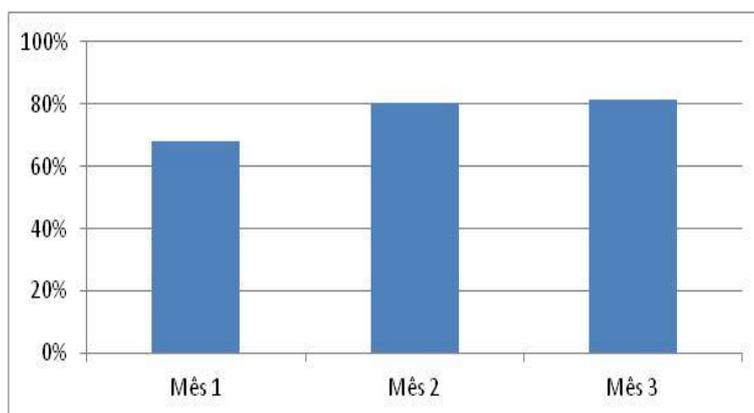


Figura 2. Proporção de idosos com exames complementares solicitados, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Alguns medicamentos não estavam disponíveis na farmácia e alguns idosos saíam do consultório apenas com orientações, sem necessidade de prescrição de medicamento. Analisando a Figura 3, no primeiro mês tivemos 69 dos 75 (92%) usuários cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês 116 dos 122 (95,1%) e no terceiro mês 145 idosos do total de 151 (96%). Esse resultado positivo se deve ao fato de termos uma Farmácia bem abastecida, com os principais medicamentos utilizados para doenças crônicas comuns, como diabetes e hipertensão, bem como sintomáticos de várias naturezas e um vasto número de antibióticos de várias classes.

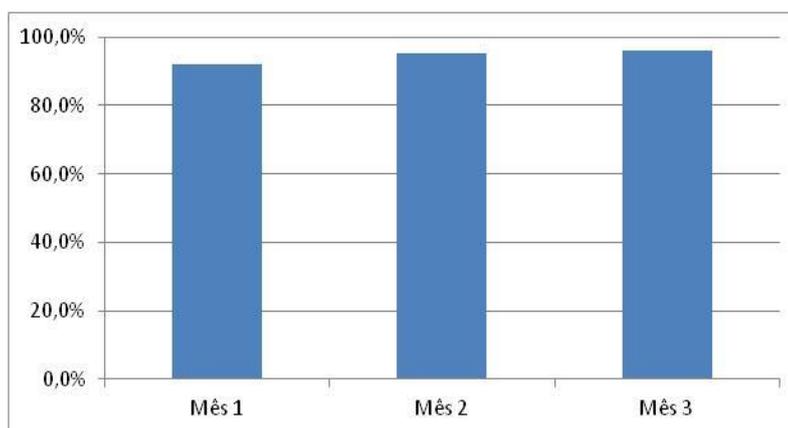


Figura 3. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Todos os usuários acamados ou com problemas de locomoção da área que abrangemos foram cadastrados. No primeiro mês, identificamos 27 idosos acamados, no segundo mês 47 e no terceiro mês 55 idosos, conseguindo alcançar a meta de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com cadastro realizado.

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Todos os acamados foram atendidos, todavia, alguns com problemas de locomoção chegaram a ir à unidade levados por seus familiares quando alguma queixa urgente surgia. Neste caso, na planilha consta que não foram visitados, já que eles que vieram até a UBS. Como se vê na Figura 4, no primeiro mês, 25 dos 27 (92,6%) idosos acamados ou com problemas de locomoção foram visitados. No segundo mês, 40 dos 43 (93%) idosos foram visitados e no terceiro mês, 52 dos 55 (94,5%) idosos acamados ou com problemas de locomoção foram visitados em seus domicílios. Os números mostram resultados bastante satisfatórios em vista do bom trabalho por parte dos agentes de saúde por sempre sinalizarem a necessidade das visitas para esse grupo de idosos, havendo semanalmente um tempo destinado a eles por toda a equipe.

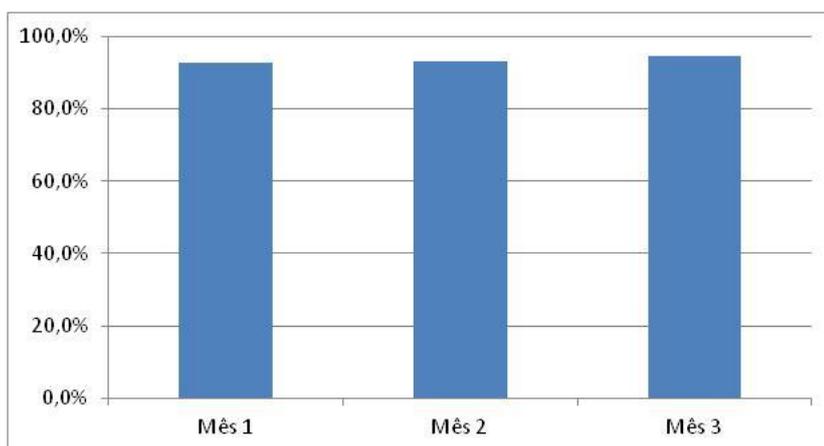


Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 8: Rastrear 100% dos usuários com Diabetes para Hipertensão Arterial.

Na planilha o indicador demonstra a proporção de idosos com pressão arterial aferida na última consulta, então, utilizaremos esse número, pois de uma maneira ou de outra, rastreamos para hipertensão todos os idosos e não apenas aqueles com diabetes, sendo assim realizados 100% de rastreamento para hipertensão em todos os usuários cadastrados. Os números equivalem no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, a 75, 122 e 151 usuários rastreados. Tivemos facilidade de rastrear idosos para hipertensão, pois a aferição da pressão arterial é uma medida realizada pela técnica de enfermagem ou enfermeira em todos os usuários que chegam para realizar consulta, independente de serem adultos ou idosos.

Cabe ressaltar que o rastreamento para hipertensão segue o Protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), com destaque para a padronização do procedimento de aferição da pressão arterial e investigação de estilo de vida e dos fatores de risco.

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes.

Todos os usuários com hipertensão foram rastreados para Diabetes. No primeiro, segundo e terceiro mês, tivemos 36, 63 e 81 usuários examinados, o que corresponde a 100% de rastreamento nesse grupo de idosos.

Apesar de não estar previsto no projeto, a proporção de idosos (com ou sem pressão arterial alterada) rastreados para diabetes foi monitorada durante a intervenção. O rastreamento para diabetes também era realizado em usuários que não apresentavam pressão arterial alterada, já que muitos usuários descobrem serem diabéticos mesmo com a ausência da hipertensão arterial. Assim, podemos avaliar de forma mais completa todos os idosos.

Observando a Figura 5, temos no primeiro mês, 55 dos 75 (73%) idosos examinados, no segundo mês, 102 idosos dos 122 (84%) e no terceiro mês, 127 dos 151 usuários (84%). Algo que facilitou o rastreamento da diabetes foi a presença do hemoglicoteste na UBS e também a possibilidade de realização de exames laboratoriais, incluindo glicemia de jejum, pois quinzenalmente os materiais para os exames são colhidos por técnicos na própria UBS ou na residência daqueles que tinham problemas de locomoção ou eram acamados.

É relevante destacar que o rastreamento para diabetes segue o Protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), com destaque para a investigação do histórico pessoal e familiar, estilo de vida e fatores de risco.

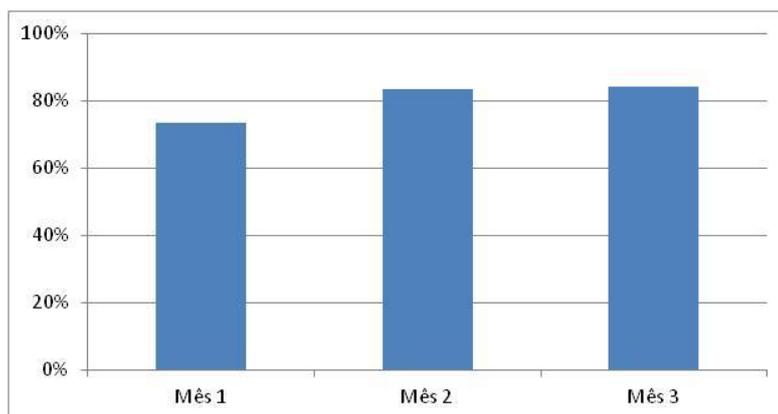


Figura 5. Proporção de idosos rastreados para diabetes, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Alguns idosos chegavam mais debilitados, necessitando de um atendimento mais focado. Infelizmente, algumas vezes ficava difícil avaliar a parte odontológica. Por esse motivo, não conseguimos atingir a porcentagem de 100% dos idosos avaliados. Na Figura 6, conseguimos analisar a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês, 64 idosos dos 75 cadastrados foram avaliados, correspondendo a um percentual de 85,3%. No segundo mês, dos 122 cadastrados, 106 realizaram avaliação, correspondendo a 86,9%. No terceiro mês, 128 dos 151 idosos cadastrados, tiveram a avaliação, equivalendo a um percentual de 84,8%.

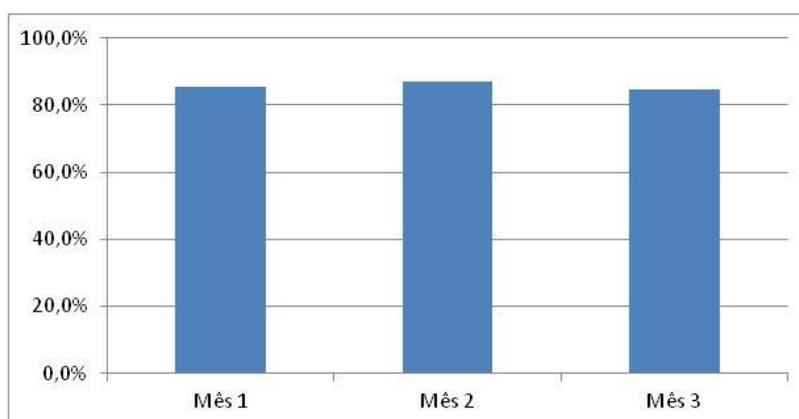


Figura 6. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 11: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Não realizamos busca de faltosos, mas apenas busca de quem não ia ao serviço há mais de um ano (neste caso, o idoso estava em atraso na ação programática, mas consideramos como faltoso). Consideramos como faltoso quando o idoso já está devidamente cadastrado e atendido conforme protocolo e ele não retorna com a periodicidade esperada ou não faz algum exame periódico de rotina, por exemplo. Então, na realidade, o que a equipe fez para melhorar a adesão foi a busca dos idosos sem atendimento há mais de um ano. Em relação aos idosos cadastrados, não registramos nenhum faltoso.

Meta 12: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos cadastrados apresentaram registro específico atualizado. Os registros ocorriam em todas as consultas realizadas, a fim de sempre manter atualizados os dados colhidos e para posterior seguimento e análise da aderência dos idosos ao programa.

Meta 13: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Todos os idosos recebiam na UBS a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, entretanto a minoria não fazia uso ou se esquecia de levá-la nas consultas, apesar das orientações que recebiam de estarem sempre com elas. Na Figura 7, considerando como proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa somente aqueles que estavam com a Caderneta em uso e em dia, temos: no primeiro mês 69 dos 75 (92%); no segundo mês, 116 dos 122 (95,1%); e no terceiro mês, 145 dos 151 (96%). Podemos ver que os números são satisfatórios e constatamos que através do uso da Caderneta podemos ter um melhor seguimento do usuário, melhorando a qualidade dos atendimentos aos idosos. Além disso, a Caderneta funciona como um resumo do histórico do idoso, facilitando seu atendimento em outros serviços e por outras equipes.

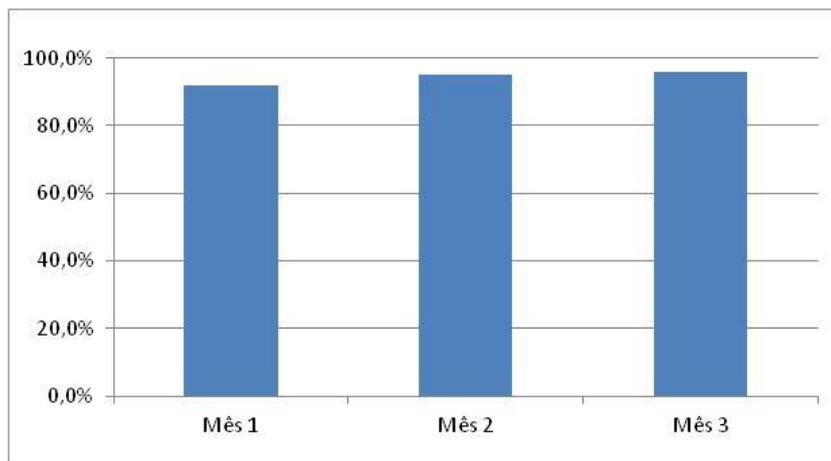


Figura 7. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 14: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Todos os idosos cadastrados foram rastreados para risco de morbimortalidade. Durante as consultas, a anamnese era feita de forma criteriosa, incluindo história familiar e patológica pregressa, além de exame físico apropriado e realização de exames complementares periódicos.

Meta 15: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos cadastrados foram investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice. Durante as consultas, a anamnese era feita de forma criteriosa, escutando o usuário em relação às suas queixas. Além disso, sempre que necessário, a equipe conversava com seus cuidadores no intuito de investigar alterações não expostas ou não percebidas quando em contato com o próprio usuário.

Meta 16: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

No primeiro mês, 72 dos 75 (96%) idosos cadastrados foram avaliados, no segundo mês, 119 dos 122 (97,5%) e no terceiro mês, 148 dos 151 (98%). Durante a consulta se fazia o possível para ter uma visão geral da vida do usuário, mas em alguns momentos abreviávamos as perguntas por necessidade de um atendimento mais focado (idoso com crise hipertensiva, diabetes descompensado, dispneia etc.). Por esse motivo, não conseguimos alcançar a meta de 100% dos idosos

cadastrados avaliados quanto à rede social, entretanto, tivemos bons resultados conforme ilustrado na Figura 8.

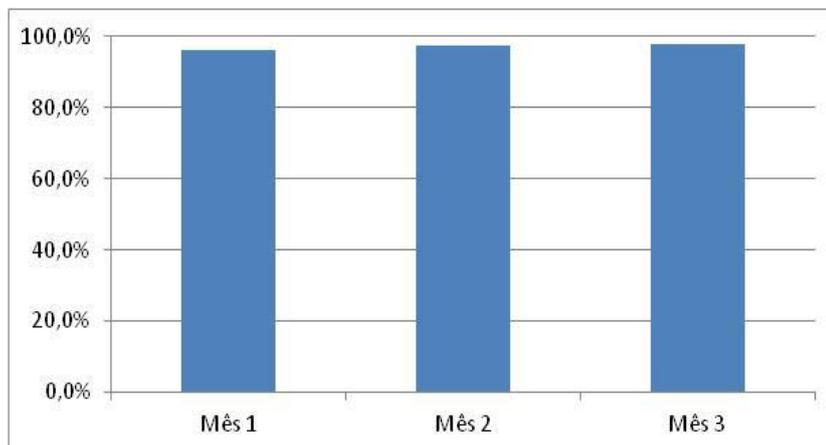


Figura 8. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 17: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos cadastrados foram orientados quanto aos hábitos alimentares saudáveis. Como a maioria deles apresentava hipertensão, diabetes e/ou hipercolesterolemia, sempre os instruía sobre a necessidade de uma alimentação balanceada e rica em nutrientes. Naqueles sem comorbidades, também realizava essas orientações, a fim de mantê-los com as taxas sanguíneas adequadas e não desenvolverem comorbidades secundárias a uma má alimentação.

Meta 18: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

A orientação para prática regular de atividade física foi realizada para todos que tinham condições clínicas para sua realização. No primeiro mês 75 idosos foram cadastrados, mas 27 não receberam essa orientação por serem acamados e dois por apresentarem alterações clínicas que impossibilitam a realização de atividade física. No segundo mês, dentre os 122 cadastrados, 43 eram acamados e dois apresentavam alterações clínicas incompatíveis com a prática de atividades físicas. Por fim, no terceiro mês, tivemos 151 cadastrados, 55 acamados e um idoso com alterações clínicas que não permitiam práticas corporais. Sendo assim, durante os

três meses de intervenção, tivemos 61,3%, 63,1% e 62,9% de idosos orientados, conforme ilustrado na figura 9.

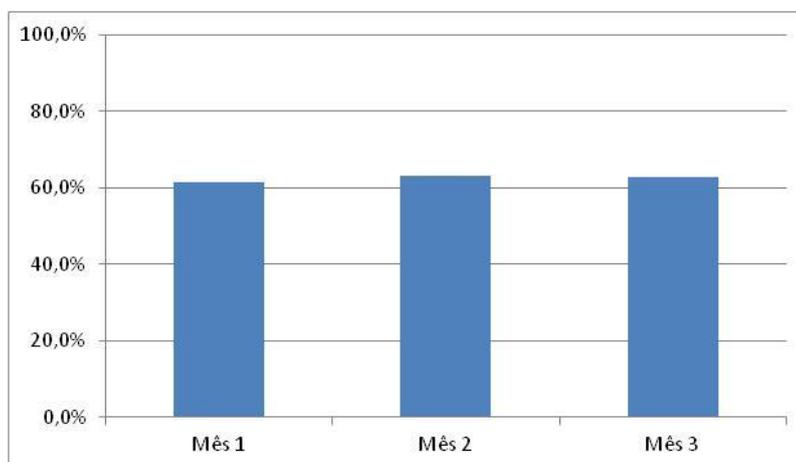


Figura 9. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

4.1.2 Indicadores – Saúde Bucal

Meta 1: Realizar a primeira consulta odontológica para 50% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Conseguimos realizar a primeira consulta odontológica em mais de 50% dos idosos cadastrados. Esse número não foi maior por dois motivos: o primeiro foi a grande quantidade de vezes que houve falta de energia na UBS, dificultando a consulta odontológica detalhada. É relevante frisar que o consultório odontológico não recebe luz natural e os consultórios que possuem janelas geralmente estão sendo utilizados nos mesmos horários por outros profissionais.

O segundo motivo foi a intensa resistência dos idosos à ida ao consultório odontológico. Por não sentirem dor ou qualquer outro sintoma, sempre achavam desnecessária a consulta odontológica, mesmo com explicações quanto a sua importância. De acordo com a Figura 10, podemos ver que no primeiro mês, dos 75 idosos cadastrados, 38 realizaram a primeira consulta, correspondendo a 52% de cobertura. No segundo mês, 64 dos 122 realizaram a consulta, correspondendo a 52,5%. No terceiro mês, 82 de 151, correspondendo a 54,3%.

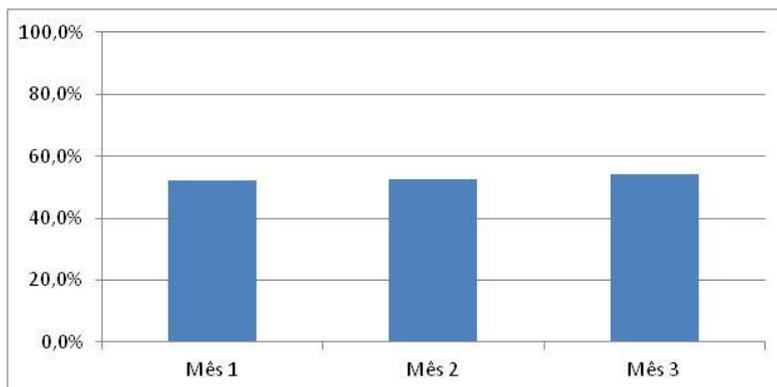


Figura 10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 2: Realizar visita domiciliar (saúde bucal) a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Conforme ilustrado na figura 11, no primeiro mês 78% (21/27) dos idosos foram visitados; no segundo mês 86% (37/43); e no terceiro mês 87% (48/55). A equipe se reunia para realizar as visitas domiciliares e executar todas as ações possíveis na mesma oportunidade, mas a cirurgiã-dentista não conseguiu acompanhar a equipe em todas as visitas porque durante alguns dias da semana permanecia no Hospital de Cabeceiras para confecção de próteses dentárias. É importante destacar que a cirurgiã-dentista realizou a consulta programática em todos os idosos visitados, adaptando os cômodos da casa e aproveitando a iluminação natural do ambiente.

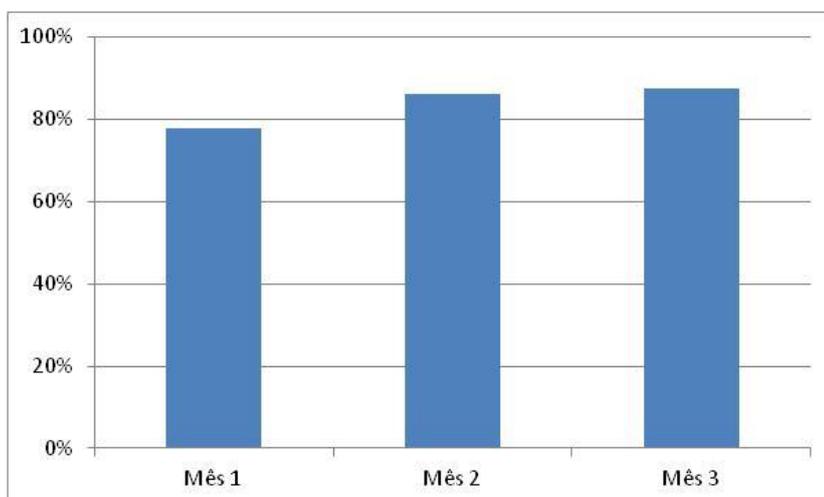


Figura 11. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar da equipe de saúde bucal, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 3: Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Vamos demonstrar dois indicadores para facilitar o entendimento dos valores.

Figura 12: proporção de idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática e apresentaram necessidade de tratamento.

Grande parte dos usuários atendidos pela cirurgiã-dentista necessitava de algum procedimento, desde limpeza dentária até colocação ou revisão de próteses. A Figura 12 mostra que no primeiro mês, dos 39 atendidos, 36 necessitavam de tratamento dentário, correspondendo a 92,3%. No segundo mês, 60 dos 64 (93,8%) e no terceiro mês, 77 dos 82 (93,9%) usuários apresentaram necessidade de tratamento.

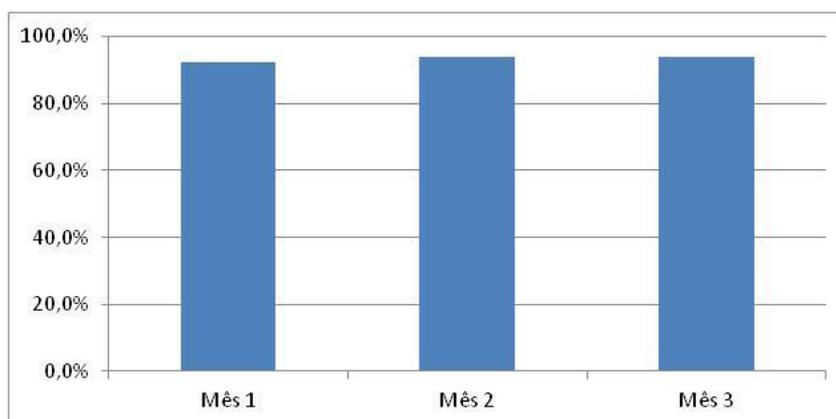


Figura 12. Proporção de idosos com necessidade de tratamento, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

A figura 13 ilustra o número de idosos que completaram o tratamento durante o período da intervenção, considerando exclusivamente os que apresentaram necessidade de tratamento.

Os resultados não foram muito satisfatórios nesse quesito. A grande parte do tratamento necessário referia-se às próteses dentárias. A sua confecção era realizada por um grupo de profissionais no município, todavia, essa confecção era demorada e por vezes não havia materiais necessários e/ou suficientes para suprir a demanda exigida. Até o final da intervenção, a quantidade de próteses entregues foi pequena, mas suponho que grande parte será entregue nas semanas subsequentes a ela. Na Figura 13 podemos observar os valores encontrados. No primeiro mês, dos 36 idosos atendidos, apenas nove concluíram o tratamento (25%). No segundo mês,

dos 60 idosos cadastrados, 17 (28,3%) e no terceiro mês, 25 dos 77 (32,5%) completaram o plano de tratamento.

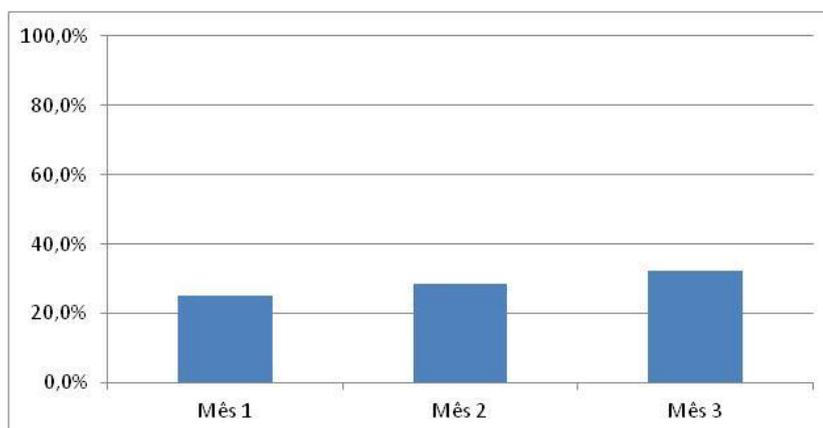


Figura 13. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, UBS/ESF Firme Pedro, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 4: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Todos os idosos cadastrados foram avaliados quanto à existência de alterações de mucosa bucal. Não houve grandes dificuldades para realização desse procedimento, já que inevitavelmente o exame da cavidade oral para avaliação dentária permite a visualização da mucosa bucal, sendo de fácil e rápida a realização dessa avaliação. As principais alterações encontradas ao exame da mucosa foram candidíase oral e língua saburrosa, cujo tratamento costuma ser simples e acessível e as orientações auxiliam os idosos a melhorar os cuidados com a saúde bucal, evitando complicações ou recidivas.

Meta 5: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Todos os idosos com primeira consulta odontológica programática foram avaliados quanto à necessidade de prótese dentária, e o número de idosos com necessidade de colocação ou revisão de prótese foi considerável, conforme comentado no indicador da meta 3.

Meta 6: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

Nenhum usuário faltoso foi buscado e não temos o número exato de pessoas que não compareceram à consulta. Quando eu via a necessidade dos idosos irem ao consultório odontológico já os encaminhava, entretanto, muitos não esperavam pelo atendimento e iam embora. Eu esperava que a cirurgiã-dentista entrasse em contato com a ACS da área para busca, mas isso não foi feito. Admitimos uma falha na comunicação da equipe, porém essa falha já foi conversada entre nós e não cometeremos mais esse erro.

Meta 7: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Não houve busca aos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes porque não existiram faltosos nesse quesito. Todos que foram à primeira consulta compareceram às próximas.

Meta 8: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Todos os idosos cadastrados apresentaram registro específico atualizado. Os registros ocorriam em todas as consultas realizadas a fim de sempre manter atualizados os dados colhidos e para posterior seguimento e análise da ação programática.

Meta 9: Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Todos os idosos cadastrados tiveram avaliação de risco para câncer de boca e outras alterações bucais. A avaliação foi realizada a partir de uma boa anamnese, principalmente com detalhamento da história familiar e dos hábitos de vida, como consumo de álcool e fumo, e bom exame da cavidade oral, com solicitação de exames complementares quando necessário.

Meta 10: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

As orientações sobre a saúde bucal que foram feitas por mim eram superficiais, sempre referindo a ida ao consultório odontológico para melhor avaliação. Por este motivo, todos os idosos cadastrados receberam orientações

sobre higiene bucal em consulta médica e também pela cirurgiã-dentista em suas consultas.

Meta 11: Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal a 100% dos idosos.

Todos os usuários foram orientados sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde em geral. Observamos que em nossa comunidade muitos idosos possuíam o hábito de fumar, fazendo com que déssemos mais ênfase nesse ponto. Não temos ainda dados concretos sobre a cessação do tabagismo, mas alguns idosos procuraram a UBS após participarem de ações educativas coletivas solicitando auxílio para parar de fumar, estes usuários foram atendidos e acolhidos pela médica e receberam prescrição medicamentosa e orientações.

Meta 12: Realizar ações coletivas em saúde bucal para 100% dos idosos da área de abrangência.

Infelizmente não fizemos uma lista dos idosos que compareciam as atividades coletivas. Apenas íamos recebendo-os e os acomodando. Não tivemos a percepção de que era necessário anotar o número de idosos participantes, por isso não o fizemos. Temos apenas uma noção da quantidade, que pode variar de 50 a 60 usuários por ação coletiva. Foi uma falha e a partir de agora a equipe irá trabalhar com listas de presença. As atividades educativas sempre foram realizadas em equipe. Eu iniciava as explicações, seguida da enfermeira e por último a cirurgiã-dentista falava, sempre havendo uma associação dos temas abordados.

4.2 Discussão

A intervenção realizada em minha UBS proporcionou uma melhoria significativa da qualidade de vida dos idosos residentes na nossa área de abrangência. Pudemos ter um melhor seguimento e avaliação clínica dos usuários, incluindo a parte mental, física e social, prevenindo, tratando e reabilitando de acordo com a necessidade individual dos idosos. Além disso, os registros foram realizados de forma mais organizada e completa, bem como a equipe se tornou mais capacitada para lidar com a faixa etária que trabalhamos, sabendo identificar alterações antes não identificadas e agindo precocemente, evitando irreversibilidade de alguns quadros.

4.2.1 Importância da intervenção para a equipe

A intervenção teve grande impacto positivo na capacitação da equipe no que diz respeito à melhor conduta frente aos idosos e na identificação de patologias e alterações antes percebidas apenas pelo profissional médico. Isso ajudou a ampliar a prevenção de inúmeras doenças em um número considerável de idosos. A equipe também percebeu que quando se trabalha em conjunto e há ajuda mútua entre todos os membros, todas as atividades fluem melhor e os resultados são notoriamente melhores e satisfatórios.

Com a capacitação realizada baseada no que o Ministério da Saúde preconiza, muitas informações passadas serviram para que enfermeira e técnica de enfermagem tivessem autonomia em resolver determinadas situações, mesmo que se tratasse apenas de uma conversação com o usuário, dando orientações antes só realizadas por mim.

A cirurgiã-dentista e eu nos aproximamos mais, pois discutíamos determinados casos que precisavam de avaliação e seguimento por parte dos dois profissionais. Tínhamos que interagir e debater alguns casos a fim de se obter um melhor entendimento como um todo do idoso e alcançar resolubilidade. Além disso, a cirurgiã-dentista conseguiu ampliar seus atendimentos nessa faixa etária, já que diariamente eu encaminhava os usuários para seu consultório.

A recepcionista foi beneficiada, pois os prontuários e registros foram melhor disponibilizados e organizados, facilitando a procura de fichas. Houve aumento do seu contato com os usuários, já que a quantidade deles aumentou devido ao programa e o conhecimento sobre suas vidas também, melhorando assim o convívio entre eles.

Por fim, para mim, profissional médica, a intervenção propiciou uma ampliação dos conhecimentos da fisiologia do organismo dos idosos, bem como saber lidar melhor com suas angústias, ensinamentos e dificuldades de vida. A paciência, tão necessitada a eles, foi exercitada por mim e hoje sou mais paciente e os ouço mais. Como realmente realizava todos os critérios para uma boa anamnese e exame físico, descobri que qualquer detalhe faz a diferença quando tratamos da vida alheia.

4.2.2 Importância da intervenção para o serviço

A UBS teve seu reconhecimento quanto à qualidade dos serviços prestados. Houve melhoria na organização, havendo fluidez nas atividades e diminuição das críticas feitas pelos próprios usuários.

Para poder realizar alguns exames e dispor de alguns itens necessários para uma avaliação de boa qualidade, a gestão foi acionada e cobrada quanto a maior disponibilidade para realização de exames laboratoriais e também a oferta de carros para levar os usuários às cidades vizinhas quando necessário para realização de exames de imagem indisponíveis na nossa cidade. Como isso foi cumprido, o serviço se tornou mais dinâmico e capaz de resolver problemas, reduzindo a necessidade de enviar os usuários para outros locais, havendo resolução da maioria dos problemas na própria UBS e sob nosso controle e seguimento.

4.2.3 Importância da intervenção para a comunidade

A comunidade, sem dúvida, foi a mais beneficiada com a intervenção. Os idosos puderam ser mais bem acompanhados e tratados, havendo prioridade em seus atendimentos. As visitas domiciliares àqueles impossibilitados de vir até nós foram realizadas semanalmente, o que diminuiu a morbimortalidade dos mais fragilizados, melhorando assim, a qualidade de vida. Além disso, as orientações aos cuidadores foram ampliadas, possibilitando que esses fossem capazes de cuidar melhor de seus idosos, tendo menos dúvidas quanto ao seu manejo e sinalizando sempre que notassem alguma alteração.

Os idosos puderam ser ouvidos e examinados com maior frequência, o que melhorou a saúde mental, fator tão abalado nessa faixa etária. Além disso, as medicações prescritas eram, em grande parte, fornecidas na farmácia da própria UBS, evitando que gastassem o pouco dinheiro que recebiam de aposentarias ou qualquer outra fonte, com medicamentos de uso contínuo. Sinto que os idosos e as famílias estão bem mais satisfeitos, apesar de nem tudo estar ocorrendo como deveria.

4.2.4 Reflexões sobre o processo de trabalho

Se pudesse voltar no tempo e iniciar a intervenção novamente, talvez tivesse reconhecido as ações não só como algo obrigatório e no intuito de cumprir metas. Falo isso quando me refiro ao primeiro mês de intervenção. Com o passar das

semanas fui gostando do que estava fazendo, trabalhando de forma mais criteriosa, percebendo bons resultados e estimulando na continuação do programa.

Conforme discutido no relatório da intervenção, almejo continuar com a intervenção em minha UBS enquanto estiver por lá. Devido à satisfação da comunidade e a compreensão e ajuda da equipe, noto que a continuação só trará benefícios a todos que participam, seja aos profissionais ou aos usuários.

Para isso, iremos conscientizar a comunidade sobre as prioridades voltadas aos idosos, a fim de melhorar o entendimento e a compreensão por parte de todos. Iremos fazer mais atividades educativas, principalmente sobre a importância da consulta odontológica, quesito que tivemos bastante resistência pelos usuários. Quanto aos registros, manteremos da mesma forma implantada, pois não tivemos nenhum problema e tudo estava bem organizado.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Trabalhar no município de Cabeceiras do Piauí, mais exatamente no Povoado de Pedras onde fica localizada a UBS Firme Pedro, me trouxe boas experiências. Tive oportunidade de tratar patologias sem que os usuários tivessem a necessidade de comprar medicamentos que são caros para o padrão de vida que levam, já que a própria Unidade dispunha desses medicamentos. Talvez não houvesse êxito satisfatório se os mesmos tivessem que comprar, pois por não terem condições suficientes, iriam postergar o tratamento e até mesmo chegar a óbito. Tive grandes alegrias a cada tratamento concluído com sucesso que, sem dúvida, se deve ao empenho da gestão em sempre manter a farmácia abastecida e sempre se preocupar com a melhoria de vida de cada cidadão.

Outro fator importante que foi resolvido pela gestão, foi a existência de transporte para a equipe, possibilitando a realização de visitas domiciliares sempre que solicitada. Por abrangermos várias microáreas e nem todas próximas da UBS, acabamos precisando de um transporte para que pudéssemos realizar esses atendimentos. Mais um ponto positivo atribuído à gestão, além do transporte para as visitas domiciliares, sempre que havia necessidade de encaminhamento para centros de referência, o transporte era solicitado e assim o usuário era levado para o local de atendimento. Claro que algumas vezes por ser um número grande de usuários, fazia-se necessário um aumento no número de carros/motoristas, a fim de suprimos todas as necessidades.

A intervenção possibilitou o cadastro e o atendimento de 50% dos idosos residentes na área em três meses, ofertando consultas, avaliações, exames e orientações nutricionais para 100% deles. Mais de 95% dos idosos cadastrados foram beneficiados com medicamentos da Farmácia Popular e orientações sobre atividade física. Mais de 50% dos usuários cadastrados realizaram consulta odontológica programática, sendo beneficiados com cuidados específicos e orientações relevantes. Várias morbidades tiveram seu tempo reduzido e várias chances de óbitos foram abolidas por uma boa prestação de assistência médica e também do restante da equipe, como também do compromisso visto por parte da gestão em cuidar dessas pessoas. Certamente a continuidade das ações permitirá o aumento desses atendimentos.

Claro que nem tudo está 100% organizado e dentro dos melhores padrões. Sofremos bastante com a falta de água e luz na nossa Unidade. Alguns dias o atendimento odontológico não funcionou por esses motivos. O atendimento médico e da enfermagem também se prejudicou, já que estamos em uma área bastante quente e se torna inviável um atendimento com plena qualidade na ausência de energia. Pedimos até mesmo em nome da comunidade que esses problemas sejam vistos e resolvidos, para que seja possível melhorar a qualidade de nossos atendimentos.

Conseguimos divulgar nosso programa de intervenção em todas as microáreas de abrangência, com grande trabalho por parte dos agentes de saúde, que disseminaram a existência do programa de forma verbal aos seus respectivos usuários, além da de cartazes impressos na administração do Hospital de Cabeceiras, sendo colocados em locais estratégicos, ampliando ainda mais nossa divulgação.

De uma forma geral, agradecemos a gestão por sermos exemplo para as cidades vizinhas quando se trata de Medicina e Saúde. Os elogios que recebemos se estende à gestão, que na grande maioria das vezes escuta as críticas e tenta resolver os problemas existentes.

Como o trabalho conseguimos melhorar os atendimentos e a qualidade de vida da comunidade e a equipe pretende continuar exercendo as mesmas ações a fim de perpetuar a boa abrangência e qualidade dos serviços. Para isso, a gestão precisa continuar realizando seu papel, colaborando no que for preciso e

proporcionando treinamentos das demais equipes, baseados no que o Ministério da Saúde exige e preconiza.

Tenho em mente que se mantiverem o que já realizam em Cabeceiras e se qualificarem o que está faltando, iremos bem mais longe. Por fim, parablenizo a gestão por haver mais pontos positivos do que negativos nessa missão.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Ter compartilhado meu trabalho com vocês, que são os principais componentes dessa missão, me trouxe muitas alegrias.

Com a intervenção, pudemos tratar as doenças que mais acometem nossa comunidade, como a pressão alta e o diabetes. Além disso, vocês recebiam quase que em totalidade, os remédios que eram recomendados por mim quando alguma doença surgia, evitando assim que a doença se agravasse e também diminuindo os gastos com a compra de remédios. Tiveram acesso a exames de sangue, ultrassonografias, mamografias e outros exames importantes. Também puderam realizar o famoso "check-up" que apoia o diagnóstico precoce de muitas doenças. Foram muito importante as nossas visitas para aquelas pessoas que não podiam vir até nós, por problemas no andar ou por estarem acamados. Todos eles receberam consulta médica em casa e os exames de sangue também eram colhidos em suas respectivas casas.

As próteses dentárias, que vocês conhecem como "chapa", foram solicitadas em grande quantidade. Infelizmente há uma demora em seu feitió, mas muitas já estão sendo entregues.

Agradeço a todos pela paciência em esperar as filas para que cada um pudesse entrar no consultório e conversar comigo ou com qualquer outro membro da equipe. Tentamos fazer nosso trabalho e cuidar de vocês da melhor forma possível, interagindo com o gestor e tentando melhorar o que ainda não está bom. Todas as reclamações que vocês fazem, levamos ao nosso superior para possível resolução.

Apenas para critério de conhecimento, direi alguns exemplos da quantidade de idosos assistidos através da intervenção. No final dos três meses de intervenção, conseguimos cadastrar e atender 50% dos idosos na unidade de saúde; 100% dos usuários cadastrados estão com a consulta, a avaliação multidimensional e a solicitação de exames complementares em dia; 96% dos idosos receberam

medicamentos da farmácia da UBS sem nenhum custo; 100% dos usuários acamados ou com problemas de locomoção que estavam cadastrados foram atendidos por toda a equipe, inclusive pela cirurgiã-dentista.

Acredito que quando tudo é feito com amor e zelo, os resultados são satisfatórios. Espero que a relação que temos hoje se perpetue e passe por cada profissional e usuário que aqui conviver.

Obrigada a todos os pacientes amigos!

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente, o curso de especialização em Saúde da Família me passou certa insegurança. Digo isso porque eram tantos objetivos e metas estabelecidas que precisávamos cumprir que não sabia ao certo se teria tempo e competência suficientes para fazê-los por completo. Entretanto, com o passar dos dias em que o trabalho ia sendo realizado, apesar de muitas dúvidas e erros que foram aos poucos sendo corrigidos, fui me tranquilizando e sentindo que com empenho e determinação era possível concluí-lo com sucesso. Sobre o tempo, não posso falar com o mesmo entusiasmo, porque além do trabalho executado na prática semanalmente, havia todas as tarefas e obrigações com o curso. E mais que isso, havia a necessidade do tempo disponível para os estudos para as provas de residência médica, sonho tão almejado por mim, e mais importante do que tudo nessa fase de vida que me encontro.

Tinha em mente, antes de tudo começar, que o curso seria algo realizado apenas para suprir obrigações exigidas para que pudesse concluí-lo e ter seus benefícios. Escolhi o tema Saúde do Idoso porque tenho, particularmente, maior preocupação e carinho pelos mesmos. Não que os atenda com maior cuidado ou de maneira diferenciada, mas porque os sinto tão desamparados por seus familiares que achei que poderia cuidá-los, nem que fosse por alguns instantes no consultório e acompanhá-los mais de perto. E assim foi feito.

No decorrer das atividades, pude analisar cada detalhe relevante na vida desses idosos, que talvez passasse despercebido se não fosse pelas metas a serem cumpridas. Na prática profissional, pude aprimorar meus conhecimentos sobre medicamentos e condutas nessa faixa etária, bem como aumentar minha sensibilidade frente a tanto sofrimento e privações que esses jovens “velhinhos” passam. Claro que não há apenas a face ruim da vida dos idosos. Com eles pude aprender a respeitar mais o próximo, tanto na vida pessoal como profissional. Apesar da vida médica proporcionar isso independente do curso, o mesmo com certeza exacerbou esses bons sentimentos por ampliar meu contato com os idosos.

Com o curso, também testei minha capacidade de resolução de vários problemas em pouco espaço de tempo. Como já mencionei anteriormente, não temos apenas o curso para “prestar contas” e como meta. Temos uma vida inteira por trás disso.

A especialização teve importância em todos esses quesitos, pois qualquer trabalho que induza o contato e a interação com outros seres humanos e estimule a capacidade de raciocinar, trará sempre bons frutos ao profissional.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. **Cadernos de Atenção Básica n. 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. **Cadernos de Atenção Básica n. 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Anexos

Anexo D: Documento de Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^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

