

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



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, UBS/ESF PARAÍ,
PARAÍ/ RS**

Wagner Tilton

Pelotas, 2015

Wagner Titton

**Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso, UBS/ESF Paraí,
Paraí/ RS**

Trabalho acadêmico apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T622q Tilton, Wagner

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso, UBS/ESF Paraí, Paraí/ RS / Wagner Tilton; Ana Paula Soares, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

85 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso 4. Assistência Domiciliar 5. Saúde Bucal I. Soares, Ana Paula, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que nunca permitiram que eu deixasse de lado meus sonhos;

Ao meu irmão, pelo exemplo;

Aos meus avós, pela sabedoria;

A Deus, pela paciência.

LISTA DE ABREVIATURA / SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidades Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 <i>Texto inicial sobre a situação da ESF/APSE</i> Erro! Indicador não definido.	
1.2 <i>Relatório da Análise Situacional</i>	Erro! Indicador não definido.
1.3 <i>Texto comparativo</i>	Erro! Indicador não definido.9
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	2Erro! Indicador não definido.
2.1 <i>Justificativa</i>	2Erro! Indicador não definido.
2.2 <i>Objetivo Geral</i>	22
2.2.1 <i>Objetivos Específicos</i>	22
2.2.2 <i>Metas</i>	Erro! Indicador não definido.
2.3 <i>Metodologia</i>	Erro! Indicador não definido.4
2.3.1 <i>Detalhamento de Ações</i>	Erro! Indicador não definido.4
2.3.2 <i>Indicadores</i>	40
2.3.3 <i>Logística</i>	44
2.3.4 <i>Cronograma</i>	46
3 Relatório da Intervenção	47
4 Avaliação da Intervenção	54
4.1 <i>Resultados</i>	54
4.2 <i>Discussão</i>	72
4.3 <i>Relatório da intervenção para Gestores</i>	75
4.4 <i>Relatório da intervenção para Comunidade</i> Erro! Indicador não definido.	
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem. Erro! Indicador não definido.	
Referências	81
Anexos	82

Resumo

TITTON, Wagner. **Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso, UBS/ESF Paraí, Paraí/ RS**. 2015. 85f.; il. Trabalho Acadêmico (Especialização), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho visa descrever a implementação do Programa de Saúde do Idoso na população atendida pela Unidade Básica de Saúde Paraí na cidade de Paraí, RS. Atividade esta realizada seguindo os protocolos assistenciais descritos nos Cadernos de Atenção Básica. A implementação da Saúde do Idoso como estratégia integrante da Atenção Primária a Saúde apresentou-se como método eficaz na melhora dos indicadores de saúde e qualidade do atendimento a população acima dos 60 anos. Como intervenção parte do curso de Especialização em Saúde da Família desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas, realizamos a implantação das atividades orientadas pelo Caderno de Atenção Básica da Saúde do Idoso. Pelas características culturais encontradas voltadas quase que exclusivamente a medicina curativa, as atividades preventivas ainda estão em processo de implementação. Observa-se a preferência da população pelo atendimento no Pronto Atendimento do Hospital situado no município frente a UBS, resolvendo a situação que lhe causa angústia momentânea mas, não previne novas recidivas a médio e longo prazo.

O recadastramento dos idosos e dos pacientes com problemas de locomoção foi realizado pelas ACS e o restante dos dados foram coletados durante consultas médicas ou visitas domiciliares. Tais informações foram registradas em fichas espelho fornecidas pelo curso e contabilizadas em planilhas eletrônicas também disponibilizadas. A partir do recadastramento de todos os idosos do município, conseguiu-se conhecer o perfil de saúde das áreas. Pode-se, desta forma, focar as atividades iniciais nos grupos de maior fragilidade. Realizou-se avaliação da fragilização do idoso em 47% dos idosos acompanhados, avaliação do risco de morbimortalidade em 45,8%, avaliação de 54,8% das redes sociais. Conseguiu-se cadastrar 74,2% dos idosos com problemas de locomoção e realizar visitas a 47,2%. A atuação baseou-se na melhora quantitativa e qualitativa do atendimento e do registro das atividades realizadas vislumbrando a plena capacitação da unidade frente a este Caderno de Atenção Básica. Observou-se, no entanto, que nem todas as metas foram alcançadas, seja por questões culturais, administrativas ou situacionais, mas que podem, a partir da manutenção do programa, serem sanadas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de implantar da Atenção à Saúde do Idoso, UBS/ESF Paraí, Paraí/ RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observou-se a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte apresenta-sea reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS em que trabalho é a Unidade de Saúde Paraí em Paraí, no RS. Ela é responsável pela atenção básica deste município, cerca de 6.800 pessoas.

Em relação a equipe profissional, digo que possuímos uma equipe completa sendo composta por 3 médicos, 6 técnicas de enfermagem, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, dois odontólogos, uma farmacêutica, auxiliar administrativo, agente sanificadora e oito agentes comunitários de saúde.

Dispomos de salas para consultas médicas, uma sala para procedimentos, uma para atendimento psicológico e de fisioterapia, sala de vacinação, sala de auxiliar administrativo e de espera, sala de enfermagem, banheiros, cozinha. Pelo número de profissionais, esta UBS carece de maior infraestrutura e melhora nas condições para um atendimento ideal.

Mesmo sendo uma UBS adscrita ao ESF, o atendimento não segue tal orientação, apresentando um atendimento como um pronto atendimento. Esta unidade básica, possui alguns projetos de acompanhamento a curto prazo (tratamento do tabagismo), no entanto, carece de um planejamento de tratamento a longo prazo, sendo que, mesmo que o gestor diga que apresenta um programa de acompanhamento a doenças crônicas, ele é inexistente, deixando de lado medidas preventivas e focando-se apenas em curativas. Diferentemente do que os colegas descrevem, inexistente diálogo com o gestor para a busca de melhora nas situações em falta ou que poderiam ser facilmente resolvidas, visto que a visão do mesmo difere de um administrador público e também difere do que é incentivado pelo SUS para uma ESF.

Quanto aos atendimentos especializados, a prefeitura disponibiliza obstetra/ginecologista e pediatra. Para as demais especialidades, a prefeitura não dispõe de profissionais, encaminhando o paciente para serviços de referência. A inexistência de estudos epidemiológicos das necessidades da população ocasiona um excesso de demanda em algumas áreas e ausência da mesma em outras. Tal situação se repete em relação a medicações, visto que, algumas medicações muito utilizadas da farmácia básica inexistem na UBS e outras de alto custo são disponibilizadas.

Acredito que, a partir da visão que tive na UBS, os cuidados relativos a prevenção, promoção e educação em saúde tem sido deixados de lado.

1.2 Relatório de Análise Situacional

A UBS Paraí está situada no município de Paraí, RS, o qual é classificado como menor de 10.000 habitantes, tendo seu IDH considerado muito alto (0,843), e população de 6.812 pessoas segundo o censo de 2010, mas com 7.240 pessoas cadastradas, segundo o SIAB. Apresenta-se como a única UBS do município, apresentando-se como uma UBS mista a qual apresenta duas ESF. Sua atuação abrange as áreas rurais e urbanas.

Observa-se que o perfil demográfico da população encontra-se em transição, sendo que a maior faixa etária é composta por adultos jovens (20-49 anos), com número semelhante entre homens e mulheres.

O número de equipes de saúde da família é adequado para o número de habitantes do município. Segundo o SIAB estão cadastrados 7.240 pacientes, divididos em duas ESF, seguindo uma divisão geográfica e não os critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade preconizados. A divisão dos profissionais dentro das ESF presentes são apenas teóricas, sendo que o atendimento não segue distribuição fixa quanto a área de origem do paciente. As equipes apresentam médico generalista, enfermeira, técnicas de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), fisioterapeutas, psicóloga, agente social, farmacêutica, técnico em saúde bucal, odontólogo, digitador e um fiscal sanitário que tem sua vinculação a UBS e não a ESF.

Os tratamentos realizados a partir da UBS classificam-se entre Clínicos ou cirúrgicos. O tratamento cirúrgico na unidade baseia-se em procedimentos rápidos e que não necessitem a utilização de sedação ou anestesia diferente da local.

No município não dispomos de NASF, mas alguns médicos especialistas estão contratados junto a UBS. Estes médicos especialistas que apresentam atendimento na Unidade Básica da Saúde são pediatra, obstetra/ginecologista e cirurgião geral, mas que apresenta uma demanda muito superior a oferta presente. No caso do ginecologista/obstetra, a média de espera é de aproximadamente dois meses. As demais especialidades são disponibilizadas em serviços terceirizados contratados ou de Residência Médica nas cidades de Passo Fundo, 70Km de distância, Caxias do Sul, 150Km de distância e Porto Alegre, 200Km de distância.

O encaminhamento para serviços de referência ocorre a partir de dificuldades diagnósticas ou de tratamento. No entanto, apresentam-se como uma forma morosa, dispendiosa e pouco resolutiva para auxiliar a situação do paciente. Estes serviços apresentam-se como hospitais terciários ou quaternários voltados a formação acadêmica que tem uma oferta de serviços inferiores ao demanda desejada, visto que, tornam-se o destino dos pacientes dos municípios sem serviços semelhantes contratados.

A quantidade disponível de exames complementares é definida pela contratação do gestor junto a prestadores de serviços, sendo que, pela inexistência de dados epidemiológicos da população da área de atuação desenvolve-se uma oferta deficiente sem que exista uma adaptação de suas quantidades.

Quanto a necessidade de serviços hospitalares, disponibilizamos no município de um hospital secundário, no qual realizamos possíveis internações ou procedimentos cirúrgicos de nível semelhante a sua capacidade de atendimento.

Em relação as atribuições profissionais é possível verificar que a enfermagem apresenta um trabalho administrativo, sem ações de promoção a saúde ou atendimento de enfermagem. Sua atuação encontra-se limitada a organização do funcionamento da UBS e da sua adequação aos programas de saúde do governo federal. Tal situação pode ser explicada parcialmente por estarem contratadas apenas duas enfermeiras.

As enfermeiras na equipe cumprem parcialmente suas funções, sendo que, fazem a análise situacional, a implantação de programas governamentais e atualização nas bases de dados, atividade a qual poderiam ser realizadas por outros

profissionais da UBS, em detrimento a atividades intrínsecas ao enfermeiro, como por exemplo o pequeno número de consultas de enfermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam suas atividades de forma plena, mas sem participar dos grupos e atualizações em saúde.

O atendimento odontológico é baseado apenas em condutas curativas frente a necessidades do dia-a-dia. Atualmente existe a implantação de programas que começam a criar atividades preventiva sem escolas de ensino fundamental. As críticas geradas junto a outras situações da UBS não se estendem a este grupo, visto que, a adequação das atividades, insumos e planejamento são controlados pelos odontólogos da UBS que mensalmente adequam os insumos as necessidades encontradas.

Os ACS atuam realizando o cadastramento dos moradores do município, visitando-os regularmente, informando de possíveis ações que estejam sendo programadas pela Secretaria de Saúde e encaminhando pacientes em situações de risco a consultas ou solicitando visitas domiciliares.

Os médicos cumprem suas funções, sendo responsáveis pelas consultas médicas, realizando também pequenos procedimentos ambulatoriais e visitas domiciliares quando necessário. As atividades em educação são de interesse individual, sendo, propiciado capacitações nos novos programas desenvolvidos. Suas ações são basicamente de espectro curativo, sem o intuito preventivo preconizado na Atenção Básica.

Para tanto, observa-se que as atividades tem uma boa distribuição na UBS, sendo que alguns profissionais acabam sendo excessivamente carregados com atividades enquanto outros tem uma demanda deficiente. Observa-se que, um dos pilares encontrados na falta de cuidado seja a falta de capacitação dos profissionais devido a ausência de possíveis cursos para sua capacitação. Desta forma, a implementação de suas atividades, suprimindo as lacunas descritas viriam a modificar a atenção a saúde, implementando ações preventivas sem deixar de lado curativas.

O atendimento da UBS é localizada em uma porção locada do hospital municipal, a qual foi adaptada para a utilização. Seu funcionamento iniciou neste local no ano de 2004 frente a falta de espaço físico apresentado na estrutura anterior. A sua adequação a utilização foi realizada a partir de reformas e alterações arquitetônicas mas que ainda assim não se adequam as atuais normas para o seu

funcionamento. Existem, mesmo após suas adaptações carências que poderam ser auxiliadas com a presença de anexação junto a estrutura hospitalar implantada mas que nem todas podem ser sanadas. Exemplo disso é a ausência de salas de aula e salas para reuniões, que são utilizadas áreas que o hospital fornece para tal.

Observa-se que, a sua construção foi realizada em alvenaria, com piso de cerâmica antiderrapante e paredes também de alvenaria seguindo as normas para a instalação de uma unidade hospitalar de saúde na época de sua construção. No entanto, frente a sua adaptação a UBS, foram necessárias a construção de novas salas, sendo que suas divisórias foram construídas em gesso, criando áreas com tamanhos inferiores aos indicados, com a presença de materiais contra-indicados a sua construção, ambientes sem iluminação natural ou sistema de arrefecimento.

As condições de acesso dos pacientes deficientes físicos são facilitadas visto que a UBS tem sua área apenas no andar térreo. Contudo, inexistem rampas de acesso às calçadas e cadeiras de rodas a disposição, bem como ausência de informações não escritas quanto ao deslocamento no interior da UBS.

Os problemas encontrados poderiam ser corrigidos parcialmente com a implantação de pequenas mudanças em passeios públicos e sinalizações não verbais. Observam-se que estão presentes 3 consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de atendimento fisioterápico, quatro salas para a administração, uma sala para vacinas, uma copa, uma sala para curativos e procedimentos e um banheiro público. No entanto, a falta de consultórios médicos e salas para reunião e educação permanente, necessitariam continuar a ser emprestadas pelo hospital do município.

A falta de serviços de manutenção e conservação satisfatórios na estrutura atual devem-se ao fato de que nos próximos meses iniciará a construção de uma nova UBS que atenderá as normas para sua construção com fundos provenientes do MS e recursos próprios.

ATENÇÃO A DEMANDA ESPONTÂNEA

Inicialmente, cabe ressaltar a inexistência na UBS de atendimento conforme agendamento, desta forma, todo o atendimento segue a demanda espontânea. As urgências e emergências surgidas na unidade são encaminhadas ao Hospital situado no município, o qual também recebe todo o atendimento excedente da UBS. Sendo assim, o atendimento médico segue a distribuição de 16 pacientes por médico por

turno, com atendimento por ordem de chegada e sem prévio agendamento. A triagem é realizada por técnicos de enfermagem que direcionam o atendimento a UBS ou a unidade hospitalar.

No entanto, pela presente conformação de atendimento, existe um excesso de demanda na unidade de atendimento de urgências hospitalar e uma demanda inexistente na UBS. Esta situação é vista no fato de que cerca de 7-8 pacientes são atendidos por um profissional médico por turno na UBS, mas que sobrecarrega o hospital. Isto deve-se em grande parte dos pacientes preferem o atendimento naquela unidade em detrimento a UBS pela não realização de exames e a não realização de aplicação de medicações na UBS. Observa-se demora no atendimento que chega a 3-4 horas, visto que, como todos os atendimentos são distribuídos conjuntamente, os números maiores acabam tendo de aguardar todos os atendimentos anteriores.

Desta forma, observa-se que o atendimento ao paciente poderia ser aperfeiçoado a partir da criação do agendamento de pacientes ocasionando uma redução de queixas e uma implementação nas atividades preventivas, com consequente melhora no cuidado a saúde da população e diminuição dos atendimentos a causas agudas devido não acompanhamento de doenças crônicas.

SAÚDE DA CRIANÇA

As ações de atendimento infantil na UBS descritas são: teste do pezinho, imunizações, acompanhamento neonatal e infantil, e atendimento a situações agudas.

Observa-se que, inicialmente, apresentam-se sub-informações existentes frente aos dados neonatais atuais e do acompanhamento de puericultura. A não existência de dados corretos devem-se a ausência temporária de acompanhamento de puericultura na UBS e, como em outras áreas, o seu acompanhamento em serviços privados. Partindo da idéia acima descrita, observa-se que mesmo com a existência do protocolo de atendimento e saúde da criança, veiculado no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento de 2012, as ações por ele preconizados estão em implantação, sendo que, outras como o acompanhamento do crescimento, alimentação saudável, cuidados com acidentes e violência e mesmo grupos para familiares de neonatos ainda não estão em implantação, seja por falta de profissionais ou mesmo por falha de gestão na implementação de atividades preventivas. O registro destas ações ainda carece de registro próprio, sendo apenas registrado no prontuário do paciente.

A cobertura das ações desenvolvidas junto a este grupo, por falta de qualidade de dados, falta de adesão da população ao atendimento de puericultura na UBS e suas ações, leva-nos a perceber que o seu monitoramento é ineficaz, não demonstrando as reais metas a serem alcançadas, tornando as médias demográficas nacionais como base para as metas no município, mesmo com a grande diferença populacional. Desta forma, observa-se uma falha dos mecanismos de monitoramento e planejamento de ações, gerando demonstrativos que não expressam a real condição de saúde populacional.

A partir da avaliação do processo de trabalho, encontramos como principal entrave, a demanda inexistente que os pacientes apresentam em realizar a puericultura junto ao clínico geral na UBS. Tal situação poderia ser revertida a partir do encorajamento da puericultura com os clínicos gerais, busca ativa das crianças não acompanhadas pelos ACS e melhora no sistema de registro dos dados dos pacientes.

PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

As atividades realizadas na UBS são as de pré-natal e puerpério de baixo risco, adotando as orientações do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde. As orientações descritas no Caderno supracitado, identificam a necessidade de acompanhamento da gestante a partir do preenchimento do cartão da gestante e ficha espelho. Observa-se, no entanto, que as fichas espelho não levam a um monitoramento fidedigno das ações, visto que, parte dos dados ali descritos não são atualizados em todas as consultas. O principal agravante deste número de informações inconsistente deve-se a pouca adesão da população ao serviço.

O registro das atividades na UBS permitem a análise de parte da ação programática, sendo que, boa parte dos nascimentos ocorridos no município tende a ser de municípios da região e, pela diminuída oferta de obstetras na rede básica. Uma parcela considerável da população mantém seu acompanhamento pré-natal em consultórios privados, sendo, de certo modo, parcialmente corretos os dados presentes nos registros encontrados.

Desta forma, observa-se que a cobertura pré-natal oferecida pela UBS ao município encontra-se com excesso de demanda. Tal situação poderia ser solucionada se pacientes em pré-natal de baixo risco fizessem o acompanhamento com um médico clínico geral, mas que, por imposições do gestor, não é realizada. Observa-se que, pelo número diminuído de obstetras contratados pelo município, o

mesmo encontra-se sobrecarregado com consultas de obstetrícia e ginecologia, tendo um período interconsulta prolongado, impedindo um bom pré-natal. Desta forma, uma parcela considerável da população tende a buscar seu atendimento em clínicas privadas. Ressalto que no município, existem outros quatro ginecologistas (contando que o obstetra que atende na UBS também tem consultório privado) sendo que não existe falta de mão-de-obra classificada e sim falta de contratação.

Como já citado anteriormente, a escassez de consultas gera uma diminuição do acompanhamento clínico pela UBS mas, obtem-se 100% de acompanhamento das gestantes através dos ACS. Os pacientes acompanhados via SUS também tem uma dificuldade na realização de exames, problema já citado anteriormente, e nos horários para as reconsultas durante o período gestacional. Observa-se que, de tão escasso que é a oferta desse serviço, que aproximadamente 60% das gestantes realizam seu acompanhamento em serviço privado.

Segundo os indicadores de qualidade junto ao Caderno de Ações Programáticas, inicialmente constatamos que o número de gestantes é inferior a média nacional. Temos, no município um diferencial que é a alta renda per capita geral, o que propicia o desenvolvimento de grande parte das atividades em saúde a despeito do poder público. Observa-se que, por apresentamos uma incidência muito grande de pacientes que apenas apresentam acompanhamento via ACS, nossos dados acabam tornando-se irrealistas, visto que, no Caderno não existe a discriminação se exames e consultas são realizadas via SUS ou particular, e estes acabam sendo somados aos dados presentes no geral, gerando a ilusão de que o atendimento pré-natal no SUS chega a 100% mas que na verdade é bem inferior. O que se percebe é que existe um acompanhamento pré-natal não técnico ou especializado para cadastro mas que ao mesmo tempo não funciona como um acompanhamento pre-natal.

A forma para a correção destes problemas caberiam em duas linhas: a primeira visaria a realização de pré-natais de baixo risco com clínicos gerais, diminuindo a demanda de obstetras/ginecologistas, focalizando suas ações nas atividades de prevenção; e, a segunda, no fortalecimento do grupo de acompanhamento e orientação a gestantes.

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

As atividades realizadas frente a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama baseiam-se no Caderno do MS de Controle de Câncer de Colo de Útero e

Mama de 2013. A partir deste, identificar-se-iam grupos de risco nos quais a pesquisa ativa traria benefício ao paciente. Benefício este baseado na realização de exames subsidiários que identificariam estas patologias em estágios precoces, propiciando um tratamento menos agressivo e curativo.

A realização destes exames subsidiários partiria da existência de dados epidemiológicos que propiciassem identificar estes grupos de risco, definindo o seu tamanho e adequando a demanda de tais exames. No entanto, a partir de um sistema falho de registro das informações presente na UBS, observa-se que não é possível determinar exatamente qual a cobertura das atividades de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama, conseqüentemente, não conseguimos manter a oferta de exames adequada à demanda. Situação esta que se observa tanto para a realização do exame citopatológico quanto da mamografia, visto que, em média, o aguardo para a sua realização é superior a três meses.

Identifica-se ainda a inexistência nos registros da descrição das alterações presentes nos exames, sendo que apenas lesões com alta suspeita de malignidade passam a ser classificadas como sendo de risco.

Tendo em mente a dificuldade encontrada, podemos descrever que, frente a dados incorretos que acabam superestimando a cobertura das ações de saúde (pela realização em faixas etárias de menor risco), existe uma oferta deficiente de exames com realização em público geral, sem uma correta classificação quanto a indicação. Situação esta que superestima os dados destes programas no município, dando a falsa impressão de meta próxima a ser atingida.

Observo que a melhora do registro viria a partir da criação de um cadastro único e informatizado dos dados da UBS. Tal banco de dados propiciaria a busca efetiva dos casos não acompanhados, propiciando um diagnóstico precoce da situação e uma visualização da real situação das condições da abrangência dos programas, melhora no seu planejamento e obtenção de metas.

Os diferentes profissionais associados aos procedimentos diagnósticos, quando falamos no programa de prevenção do colo de útero, seriam o médico clínico geral, o ginecologista e o enfermeiro. Observa-se que a coleta do CP é restrita as atividades médicas, visto que, por deficiência do número destes profissionais, os mesmos não apresentam tempo hábil para sua realização.

As atividades realizadas referentes ao Hiperdia seguem as descritas no caderno de Atenção a HAS e DM de 2013. Estas ações deveriam ser baseadas em

um acompanhamento contínuo frente a adequação terapêutica, estímulo a estilo de vida saudável, adesão ao tratamento e controle das metas de tratamento atingidas. Parte destas ações ainda estão em fase de implementação, mas grande parte delas já está em funcionamento.

O registro das atividades é realizado de forma precária, sendo que inexistem um controle do acompanhamento para hipertensos e diabéticos, controle de complicações e medicações utilizadas. A informação que existe é o número de pacientes com estas doenças no município e o número de pacientes acompanhados pela UBS.

Observa-se uma adesão razoável ao tratamento medicamentoso mas que, não é observada nas outras modificações de estilo de vida. Quanto a grupos de hipertensos (por exemplo o Hiperdia), estamos em fase de implantação, ainda não tendo avaliações quanto ao seu êxito.

No entanto, mesmo na ausência destes grupos, na UBS estão disponíveis nutricionista, preparadora física e psicóloga que propiciariam ações médicas que beneficiariam os pacientes mas que apresentam uma demanda diminuída.

Entre os hipertensos, a estimativa para o número de pacientes doentes é um pouco acima da esperada para o nosso meio. Segundo o caderno, a estimativa seria de 1500 pacientes portadores, no entanto, na área adscrita, apresentam-se 940 pacientes portadores e apenas 394 acompanhados.

Entre os diabéticos, a estimativa para o número de residentes é muito acima da encontrada no nosso meio. Segundo o caderno, a estimativa seria de 428 pacientes portadores, no entanto, na área adscrita, apresentam-se 126 pacientes portadores e apenas 65 acompanhados. Sendo que, possivelmente tal erro seja pela ausência de diagnóstico e não apenas melhores condições de saúde.

Para tanto, observa-se que como a cobertura dos programas atingida é aquém da expectativa, grande parte dos pacientes portadores tornam-se dependentes de outros serviços de saúde que não o público.

O atendimento ao idoso, mesmo que em teoria acompanhe as orientações do caderno de saúde do idoso, na prática, esta situação não ocorre. Observa-se a realização de Caderneta do Idoso, prontuários clínicos e controle parcial de imunizações, no entanto, torna-se difícil estimar sua qualidade devido a deficiência de registros e a falta de formulários específicos.

Percebe-se que a atenção a pessoa idosa, assim como de outras áreas, é subjugada. As atitudes preventivas são esquecidas, sendo que o seu atendimento, na grande maioria, é direcionado a situações agudas. Inexiste acompanhamento e manutenção do seu cuidado, sem consultas para adequação de tratamentos realizados ou de revisões de saúde. Sendo, desta forma, descrito como na prática existe um programa para seu acompanhamento.

O registro das atividades desenvolvidas com idosos ainda inexistem, assim como em outras áreas, descrevendo novamente falhas no sistema de registro.

Observa-se ainda que frente ao crescimento do número de pessoas nesta faixa etária e aumento da expectativa de vida, os serviços de saúde devem buscar cada vez mais conhecimentos a cerca do acompanhamento deste grupo. Não diferente do cuidado com os demais grupos (crianças, gestantes,...) a adoção de protocolos para o atendimento e acompanhamento é uma boa alternativa para nortear as atividades, bem como o investimento da gestão em cursos de aperfeiçoamento profissional, educação permanente e destinação de momentos de reunião entre os profissionais da equipe para que os mesmos possam trocar experiências, planejar ações e discutir condutas e protocolos.

1.3 Texto Comparativo

A partir das primeiras impressões da UBS observo que grande parte das primeiras observações mantém-se: o caráter eleitoreiro, a resistência a mudanças e a ausência de organização do serviço. Após a visita do supervisor do Provac na unidade, percebo uma mudança na visão do gestor, com o intuito de modificar o atendimento, pelo menos iniciando as atividades de prevenção.

Observo, junto ao Caderno de Ações Programáticas que o município ao qual estou incluído, apresenta um perfil diferente ao padrão brasileiro. A população encontra-se em uma situação de transição demográfica mais adiantada que a média brasileira, com um número de adultos e idosos superiores a população geral, número menor de gestantes e crianças menores de um ano.

A prevalência de doenças crônico-degenerativas inferior à média nacional também pode ser apontada. Pode-se supor, no entanto, que tais dados sejam decorrentes de um mecanismo falho de registro e acompanhamento dos grupos em risco ou mesmo de um subdiagnóstico. As ações realizadas restringem-se a

atividades curativas. Observa-se uma falha na cobertura de puericultura, pré-natal, puerpério, doenças crônico-degenerativas e grupos de risco.

Desta forma, mesmo com a implantação da ESF em 2002, suas atividades práticas ainda não se iniciaram. Acredito que a maior dificuldade será a sua implementação sendo que minhas atividades iniciarão como em uma ESF recém implementada. Acredito que inicialmente, a análise da área de abrangência, identificação da sua situação de saúde e áreas de risco venham a identificar as reais necessidades da sua população. Desta forma, tendo eu já escolhido a área da saúde do idoso como meta para intervenção, irei iniciar tal trabalho, vindo a implementar ações preventivas e melhora no atendimento da unidade.

Desta forma observo que frente as dificuldades encontradas, seja pela cultura populacional e resistência a mudanças da gestão, reitero a capacidade que esta UBS tem de implementar as atividades de atenção primárias, obtendo melhorias nos índices de saúde populacional.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O processo de envelhecimento encontrado nas sociedades atuais identifica uma crescente demanda dos Sistemas de Saúde. Muda-se o foco de agravos agudos, desencadeados por doenças infecto-contagiosas e violência para uma realidade em que existe um aumento de doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2006).

A Saúde do Idoso, parte do pacto pela Saúde incisa no Pacto pela Vida, descrita na PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006, e posteriormente pormenorizada no Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, identifica a crescente demanda à atenção a este grupo, na busca de uma diminuição a morbimortalidade das doenças apresentadas por este grupo. A base de tal programa inicia-se a partir do cadastramento desta população e a implantação de ações programáticas.

A população atendida pela UBS Paraí diferencia-se da média da população brasileira, sendo que a porcentagem de idosos é maior da média nacional. Tal informação associada ao fato de que a UBS ainda não dispõe de uma organização na oferta de ações para essa população, inexistindo ações programáticas a população alvo explicitam o benefício que tal ação vem a trazer. Observa-se que dispõe-se apenas dados do número de idosos na área de atuação da UBS, sendo que seriam 1.185 idoso, aproximadamente 27,2% acima da média nacional, mas, ao mesmo tempo inexistem dados quanto a cobertura do atendimento, adesão e qualidade.

Desta forma, acredito que frente a implantação das primeiras ações da Saúde do Idoso poderá ser iniciada a implementação das ações programáticas. A equipe da UBS apresenta-se reticente principalmente pelo fato de que tais ações apresentam-se como atividades trabalhosas e que, em primeiro momento, geram um ônus ao poder público mas que a longo prazo trazem economia na implementação. O benefício da sua implementação traria uma diminuição da morbimortalidade nas doenças crônico-degenerativas e melhora na qualidade de vida da população alvo.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral:

Implantação da ação programática de Saúde do Idoso na UBS Paraí, Paraí/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

2.2.3 Metas

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

Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3.2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

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

2.2.3.3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

2.2.3.4 Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

2.2.3.4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

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

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

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

2.2.3.5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

2.2.3.6 Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES

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

2.3.1.1.1 Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

Observo que, inicialmente, por não existirem dados da cobertura, o cadastro e o acompanhamento da cobertura viria a construir os dados necessários para o desenvolvimento das atividades, até então inexistentes. Acredito que chegando a 50% dos idosos, 591 integrantes do grupo, acompanhados alcançaríamos uma melhora substancial na saúde da população alvo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O acompanhamento das atividades de cobertura a partir da realização de ficha espelho, caderneta do idoso e prontuário clínico, permitiria uma avaliação periódica, possibilitando uma avaliação das atividades realizadas, acompanhando, a

partir da ficha espelho, a qualidade e quantidade da obtenção de dados e seu acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O acolhimento dos idosos, a partir da enfermagem, organizando as atividades segundo agendamento de consultas, atendimento a demanda e encaminhamento de situações de urgência permitiriam uma melhora na cobertura da população alvo, identificando a real necessidade do uso da emergência do hospital sito no município e melhora a população que não alcança atendimento por situações de vulnerabilidade social.

O cadastramento dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde e a sua atualização no SIAB, permitiriam conhecer a população alvo e suas comorbidades. Tal situação desencadeará uma orientação das atividades de promoção de saúde e adequação das atividades curativas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A partir do esclarecimento a população da existência do Programa de Atenção ao Idoso a partir de propagandas em meios de comunicação e atividades recreativo culturais em grupos de idosos, existirá um aumento da demanda ao acompanhamento clínico da população alvo na unidade de saúde. Tal situação levará a um aumento da demanda, que hoje é quase inexistente, de um acompanhamento periódico àquela população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde do Idoso, tendo como principal fonte bibliográfica o Caderno de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Humanização levarão a uma melhora do acolhimento aos idosos. Tal mecanismo propiciarão a identificação de idosos em situação de risco por todos os componentes da unidade básica e não acompanhados por nenhuma rede de atenção .

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização da realização de Avaliação Multidimensional Rápida através de ficha espelho, carteira do idoso, prontuário médico e planilha eletrônica, a todos idosos cadastrados e acompanhados permitiriam uma avaliação do bem-estar do idoso. A sua atualização anual, propiciariam uma evolução na condição clínica do paciente, avaliando as situações que levaram a uma perda de seguimento, piora clínica ou mesmo desfechos desfavoráveis frente ao tratamento preconizado.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Através de solicitação formal ao gestor, seriam disponibilizados aos profissionais da unidade básica os recursos necessários a implantação da avaliação multidimensional rápida e o ônus da implantação de tais atividades.

Atribuições dos profissionais:

- Médico: avaliação multidimensional rápida, exame clínico pormenorizado com ênfase as comorbidades e busca ativa de novas afecções;
- Técnico-enfermagem: avaliação dos pacientes com classificação do risco apresentado, acolhimento as pacientes, pesagem, aferição Pressão arterial, medida da altura do paciente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A Publicação dos dados referentes as avaliações realizadas e seu tratamento levam a população da informação de sua condição de saúde, levando em conta a sua associação com desfechos das doenças que apresentam, diminuindo a limitação funcional encontrada a partir destes eventos, propiciando um envelhecimento saudável e definição de políticas públicas paralelas ao controle exercido pela população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde do Idoso, tendo como principal fonte bibliográfica o Caderno de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Humanização, permitindo, desta forma, a implantação da análise rápida multidimensional, sua avaliação e correto acompanhamento, observando a necessidade de encaminhamento para serviços especializados.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização da realização de exame clínico apropriado em 100% das consultas Avaliação Multidimensional Rápida através de ficha espelho, carteira do idoso, prontuário médico e planilha eletrônica, a todos idosos cadastrados e acompanhados permitiriam uma avaliação da evolução de suas comorbidades, acelerando o diagnóstico de alterações de tróficas dos o desenvolvimento de pé diabético. Sua repetição seguiria os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As atribuições de cada membro da equipe:

- Médico: exame físico adequado, diagnóstico precoce de alterações, avaliação de comorbidades e encaminhamento a especialistas quando necessário.
- Enfermeira: triagem dos pacientes, consultas de enfermagem.
- Técnica de enfermagem: triagem dos pacientes.
- Odontólogo: avaliação da saúde bucal, com confecção de próteses dentárias e encaminhamento para especialidades.

A organização do atendimento ao idoso com hipertensão ou diabetes busca a implantação de um agendamento de consultas provenientes de pacientes sem seguimento apropriado, seguindo a disponibilidade de agenda, através da busca por ACS, sem que sejam especificados datas para o atendimento de pacientes com patologias específicas.

Observa-se a necessidade do acompanhamento dos pacientes com alterações neurovasculares de extremidades, observando protocolos de referência e contra-referência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A orientação dos pacientes quanto a morbimortalidade de suas patologias neurovasculares a partir de distribuição de material publicitário informativo ou palestras para este grupo específico viria a diminuir a necessidade de busca dos pacientes não acompanhados. Tal suposição teria origem que a partir da obtenção da informação, em teoria, o paciente passaria a buscar um atendimento mais frequente, objetivando atitudes preventivas e diminuição das suas complicações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde do Idoso, tendo como principal fonte bibliográfica o Caderno de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Humanização, permitindo, desta forma, a realização de um adequado exame físico bem como a sua descrição em formulários próprios permitirão o melhor acompanhamento do paciente.

2.3.1.3.1 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização da realização de exames complementares periódicos aos idosos com doenças crônico-degenerativas através de ficha espelho, carteira do idoso, prontuário médico e planilha eletrônica, a todos idosos cadastrados e acompanhados permitiriam uma avaliação da evolução de suas comorbidades, acelerando o diagnóstico de complicações decorrentes das suas patologias.

A solicitação dos exames segue os protocolos do Ministério da Saúde, observando a periodicidade recomendada em protocolos específicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A solicitação dar-se-á frente a consulta ambulatorial ou mesmo na visita domiciliar, após exame clínico e seguindo protocolos de atendimento. Tais dados serão registrados em relatório específico o qual identifica os exames em atraso.

O gestor passa a ser o responsável pela agilização dos exames solicitados descritos em protocolo através da organização da liberação dos exames na Secretaria Municipal da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A orientação dos pacientes quanto a morbimortalidade de suas patologias, o desenvolvimento de complicações de suas patologias e a possível intervenção quando existir um diagnóstico precoce a partir de distribuição de material publicitário informativo ou palestras para este grupo específico viria a diminuir a necessidade de busca dos pacientes não acompanhados e mesmo seu retorno na periodicidade orientada.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde do Idoso, tendo como principal fonte bibliográfica o Caderno de Saúde do Idoso e a Política Nacional de Humanização, permitindo a solicitação de exames complementares indicados em protocolos específicos e com a periodicidade indicada.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização da prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular através da realização de análises das fichas espelho, cadernetas do idoso e planilha eletrônica a todos idosos cadastrados e acompanhados, analisando mensalmente a planilha eletrônica, visualizando os medicamentos da farmácia popular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O controle dos medicamentos e o registro de suas atividades é realizado por sistema próprio da farmácia da Unidade Básica de Saúde, permitindo uma expectativa da necessidade futura de medicações para o tratamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Organizar através de publicidade o direito do usuário a Farmácia Popular e a forma de acesso a tais medicamentos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde do Idoso, Hipertensão e Diabetes, trariam uma atualização dos seus conhecimentos e ainda levaria ao conhecimento da população dos medicamentos utilizados e da forma para obter o medicamento.

2.3.1.2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção ocorreria a partir de ficha espelho, carteira do idoso, prontuário médico e planilha eletrônica a ser desenvolvida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A organização do atendimento dar-se-á a partir da realização de visitas domiciliares agendadas aos pacientes com tais necessidades, recadastrando-os em formulários específicos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Subsídio a realização de visitas domiciliares, permitindo o agendamento com tais pacientes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização dos manuais de atendimento à Saúde

do Idoso, orientando toda a equipe quanto ao cadastro desse grupo de pacientes, orientando ao Agente comunitário de saúde a solicitar visitas domiciliares nos pacientes que apresentem necessidade.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Busca-se monitorar o rastreamento dos idosos quanto a HAS anualmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A partir da melhora da acolhida dos idosos com HAS, frente a agendamento de consultas, atendimento a demanda espontânea e a presença de material adequado e aferido para a medida da pressão arterial pode-se alcançar o rastreamento a 100% dos pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A orientação dos pacientes quanto a morbimortalidade da HAS a partir do uso de palestras e material publicitário alavancam a realização da medida da pressão arterial nesta população, bem como o cuidado com seus fatores de risco para o seu desenvolvimento e evolução.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização das Diretrizes de Hipertensão Arterial a toda a equipe, visando a realização da verificação correta da pressão arterial e sua medida no manguito.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização dos pacientes com pressão arterial sustentada superior a 135/80mmHg para DM em toda consulta ambulatorial.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Acolhimento de idosos portadores de pressão arterial sustentada seguindo demanda espontânea e agendamento de seu atendimento, com a realização do hemoglicoteste em todos os do grupo destacado para acompanhamento do tratamento e prevenir o desenvolvimento de comorbidades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientações quanto 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, demonstrando os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde será realizada a partir de aulas de educação continuada e a disponibilização das Diretrizes de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a toda a equipe, visando a correta realização e avaliação do hemoglicoteste.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A monitorização e a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos realizar-se-á durante a avaliação multissistêmica rápida em todos pacientes cadastrados e acompanhados, encaminhando os pacientes para avaliação bucal, analisando fichas espelho odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O acolhimento seguirá a demanda espontânea e atendimento agendado junto a saúde bucal, tendo seu cadastramento junto a unidade de saúde e atendimento bucal com atendimento prioritário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade através de publicidade escrita da importância da avaliação da saúde bucal de idosos, suas possíveis complicações e melhora da qualidade de vida a partir da melhora da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde será realizada a partir de aulas de educação continuada avaliando a necessidade de tratamento odontológico.

2.3.1.2.9 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os idosos recadastrados através da presença nos horários agendados e ficha espelho de saúde bucal, avaliando sua presença, patologias bucais e dentárias e necessidade de tratamento continuado.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A organização do acolhimento a idosos seguirá o agendamento junto a saúde bucal e a demanda espontânea após avaliação rápida médica, a qual avaliará a necessidade de acompanhamento. Tendo isto ocorrido, o odontólogo irá ser o responsável pela descrição da ficha espelho de saúde bucal do idoso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos, da possibilidade de tratamento continuado quando existir sua necessidade, a necessidade da realização de exames bucais e incentivo a procura do atendimento odontológico junto a saúde pública.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação dos componentes da Unidade Básica de Saúde será realizada a partir de aulas de educação continuada capacitando os integrantes da unidade básica a acolher os pacientes conforme protocolo, recadastrando os idosos e incentivando a captação de todos os componentes da UBS para a captação de idosos.

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

2.3.1.3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a agenda semanal, identificando os pacientes faltosos, buscando cumprir o preconizado no caderno de Atenção ao Idoso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Busca ativa dos pacientes faltosos possibilitando o seu atendimento junto a demanda espontânea em breve período.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade da importância de realização das consultas, descrevendo a melhora na qualidade de vida do idoso acompanhado, descrevendo a periodicidade de acompanhamento, propiciando uma diminuição da evasão de idosos do acompanhamento público.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A qualificação do Agente Comunitário de saúde para a busca dos pacientes faltosos e da periodicidade do seu tratamento em aula de educação continuada e disponibilização do Caderno de Atenção ao Idoso.

2.3.1.4 Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

2.3.1.4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorização e avaliação diária da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, identificando possíveis registros incompletos ou errôneos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Atualização constante dos dados registrados ao SIAB, implantando registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, propiciando que todos os membros da equipe da unidade básica realizem o registro correto das informações, sendo que uma enfermeira da unidade básica torna-se responsável pelo seu registro.

Cabe ainda o desenvolvimento de planilha eletrônica que identifique situações de alerta, quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exames complementares, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e demais procedimentos preconizados, propiciando uma facilitação na identificação de pacientes em atraso e agilização na sua busca.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe a partir de aulas de educação continuada para a melhora na qualidade dos registros necessários para o acompanhamento do idoso.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa através de ficha espelho e planilha eletrônica, avaliando a qualidade dos dados registrados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, utilizando-a como ficha de referência e contra-referência e melhora no cuidado continuado.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe em aula de educação continuada para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa seguindo os dados necessários ao seu acompanhamento e avaliação.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência a partir do seu recadastramento, avaliando a necessidade de agendamento de consultas, visitas domiciliares e possíveis intervenções.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, direcionando ações a este grupo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos e seus familiares sobre seu nível de risco, da importância do seu acompanhamento mais frequente, diminuindo sua morbimortalidade e melhorando a sobrevida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa em aulas de educação continuada, seguindo os dados do caderno de Atenção ao Idoso e Diretrizes de tratamento.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos cadastrados investigados para indicadores de fragilização na velhice avaliando a necessidade de intervenções para melhora do bem-estar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organização do atendimento ao idoso fragilizado tendo como grupo prioritário, agendando seu atendimento, atendimento conforme demanda e mesmo visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientações aos idosos fragilizados e comunidade quanto ao acompanhamento mais frequente para melhora da qualidade de vida

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores dos indicadores de fragilização na velhice aulas de educação continuada, seguindo os dados do caderno de Atenção ao Idoso e Diretrizes de tratamento.

2.3.1.5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar todos idosos cadastrados, avaliando sua rede social e identificando deficiências com o intuito de propiciar ações para sua correção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Permitir uma facilitação ao agendamento e a visitas domiciliares a idosos com rede social deficiente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientação dos idosos e comunidade quanto o seu acesso ao atendimento prioritário na Unidade de Saúde, propiciando atividades que promovam a socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais para avaliação da rede social dos idosos, propiciando a identificação de situações de riscos e solicitação de avaliações domiciliares, ambulatoriais e hospitalares de pacientes com redes sociais deficientes.

2.3.1.6 Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos idosos acompanhados, avaliando a qualidade nutricional, identificando situações de obesidade/desnutrição.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Avaliação por parte do médico os hábitos alimentares encaminhando a nutricionista para possíveis correções dos hábitos nutricionais.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, intensificando a melhora na condição de saúde a partir da melhora das condições nutricionais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe a partir de aulas de educação continuada, promovendo hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", tendo em vista as comorbidades apresentadas pelo paciente.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a orientação de atividade física regular para todos os idosos acompanhados, avaliando o adesão entre os diferentes grupos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Conforme avaliação médica, o paciente estará apto a orientação física que a educadora física irá incentivar em grupo ou individualmente, estabelecendo a intensidade do treino.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorização e avaliação de atividades educativas quanto a higiene bucal, higiene de próteses e cuidados a saúde bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar o agendamento das atividades médicas e odontológicas, estabelecendo um período dentro da consulta com o intuito de garantir orientações higiênicas em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar, por meio de publicidade impressa, os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os profissionais da equipe para realizar orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 INDICADORES

2.3.2.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

- Numerador: Número de idosos cadastrados no programa
- Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

2.3.2.2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

- Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia;
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3.1 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

- Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.4 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

- Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

- Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular;
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

2.3.2.7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

- Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.
- Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.8 Proporção de idosos rastreados para hipoertensão na última consulta

- Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

- Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus
- Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

2.3.2.10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

- Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.12 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

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

2.3.2.13 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

- Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.14 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

- Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.15 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

- Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.16 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

- Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice;
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.17 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

- Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.18 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

- Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis;
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.19 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

- Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física
- Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.20 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

- Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal
- Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso, vamos adotar o Caderno de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, 2010 e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Utilizaremos para o registro, os prontuários médicos, ficha espelho (em anexo) de atenção ao idoso disponibilizada pelo curso, Carteira do Idoso e planilhas eletrônicas do e-SUS e SIAB. A ficha identifica, através do rastreio, problemas crônicos e agudos do paciente, propiciando um acompanhamento geral e não apenas em situações específicas, tornando este, documento de referência do paciente. Desta forma, para a coleta dos dados e indicadores necessários, a ficha apresentará campos específicos para avaliação multidimensional. O monitoramento será realizado semanalmente pela equipe, através dos dados contidos nas planilhas e registro específico. Estimamos alcançar um recadastramento de aproximadamente 50% dos idosos do município, apresentando intervenção em aproximadamente 593 idosos. As fichas utilizadas serão impressas pelo gestor da Unidade Básica de Saúde.

Na organização do registro específico, os médicos e a enfermagem identificarão os idosos atendidos nos últimos dois meses, localizando seu prontuário e transcrevendo as informações presentes no mesmo para ficha espelho, identificando pacientes em possível risco de saúde ou que apresentam condições de acompanhamento incorreto.

A partir do recadastramento dos pacientes, os agentes comunitários de saúde passarão a identificar o paciente que não encontram-se acompanhados pela estratégia da saúde da família de sua área. Sua identificação permitirá seu acolhimento adequado, iniciando seu acompanhamento. Este recadastramento ainda identificará os pacientes com dificuldades de locomoção ou mesmo que apresentam condições insuficientes para deslocarem-se a ESF, agendando uma visita domiciliar futura.

A realização das visitas domiciliares a idosos será realizada conforme agendamento prévio. O deslocamento até os domicílios será realizado através de automóvel disponibilizado pelo gestor.

O acompanhamento dos pacientes faltosos a consultas e a coleta de exames será realizada diariamente através do controle da agenda diária de cada médico. A busca pelo paciente faltoso será realizada através de contato telefônico ou visita do ACS ao domicílio.

A capacitação no caderno da atenção básica a saúde do idoso será realizada mensalmente, iniciando na primeira semana da intervenção, buscando que toda a equipe apresente um funcionamento semelhante frente às mesmas situações. A capacitação será na própria unidade básica de saúde às quartas feiras, com duração de uma hora a uma hora e trinta minutos. Os profissionais da saúde de nível superior serão responsáveis pela programação e exposição dos assuntos.

O acolhimento continuará a ser realizado pelo técnico de enfermagem, que avalia os sinais vitais e realiza o encaminhamento para a sala de espera. O agendamento realizar-se-á pela enfermagem.

Desenvolveremos folders educativos e palestras para orientações quanto a existência da saúde do idoso e os benefícios da adesão da população ao programa..

Com a comunidade realizaremos atividades reforçando a importância do cuidado continuado do idoso, acompanhamento das doenças crônico-degenerativas e orientações higienico-dietéticas para melhorar sua qualidade de vida. As atividades irão ser realizadas junto a grupos de idosos.

O encaminhamento para as atividades odontológicas será realizado a partir de avaliação médica durante consulta. O odontólogo irá realizar avaliação da saúde bucal e planejamento das possíveis ações necessárias. Seu atendimento seguirá o cronograma do agendamento de seus atendimentos. Pacientes faltosos receberão busca ativa, através de contato telefônico ou visita do agente comunitário de saúde.

2.4CRONOGRAMA

3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

A Intervenção realizou-se do dia oito de agosto a trinta de outubro de 2014, totalizando 12 semanas de intervenção. A intervenção em Saúde do Idoso, teve como guia os Caderno de Atenção Básica do Idoso (2006), Diabetes (2013) e Hipertensão (2013). A inclusão dos cadernos de Hipertensão e Diabetes foi necessária devido a grande demanda de acompanhamento das comorbidades existentes no grupo de intervenção na área geográfica estudada.

Conforme planejado no projeto de intervenção, descrevo abaixo os objetivos traçados a partir da sua estruturação e as metas atingidas, descrevendo as dificuldades e êxitos encontrados.

3.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

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

A UBS que estava trabalhando, mesmo que, já estando inscrita como integrante da Atenção ao Idoso, não apresentava nenhuma ação do mesmo. Iniciando, desta forma, da inexistência de cobertura para os 16,4% atingidos.

Durante a análise situacional, foram fornecidos dados de que 100% dos idosos eram acompanhados junto a UBS, no entanto, esta informação não correspondia a realidade. A cobertura dos 100% baseava-se na premissa de que no município existiam 1160 idosos e que no ano eram realizadas mais de 1160 consultas em moradores com idade superior a 60 anos. No entanto, nessa porcentagem, cada

consulta apresentava-se como um idoso acompanhado, sendo que se um mesmo paciente realizar 10 consultas no ano, 10 pacientes estavam sendo acompanhados.

Sendo assim, a primeira dificuldade encontrada foi a inexistência de cadastro específico dos idosos da área. Desta forma, foi necessário iniciar um mapeamento do número de idosos, identificando a presença de comorbidades, problemas de locomoção e situação do seu acompanhamento, para depois podermos iniciar o restante da busca ativa dos pacientes sem acompanhamento.

Durante a criação deste registro mantivemos o atendimento e as visitas domiciliares conforme funcionamento da UBS.

Ocorreu, junto ao recadastramento de todos os idosos do município, o cadastramento de todos os pacientes com problemas de locomoção. Subsequente a este, foi possível identificar 1162 idosos no município, 95 pacientes com problemas de locomoção e, durante a intervenção, apresentamos uma perda de 9 idosos na área de abrangência, sendo destes 6 pacientes com problemas de locomoção. Tais dados diferenciavam-se dos presentes na UBS, que descreviam como, moradores da área, 1185 idosos e apenas 18 pacientes com problemas de locomoção. Tal nova informação acabou gerando um susto a mim como a gestão da UBS. Esta situação veio a ocasionar uma alteração no projeto de intervenção, visto que, as 18 visitas domiciliares inicialmente planejadas acabaram tornando-se 95.

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

Nas consultas por mim realizadas, tomei como hábito realizar a avaliação multidimensional rápida, exame físico completo com palpação de pulsos periféricos, avaliação de membros inferiores. Não foi possível a verificação da sensibilidade dos pés dos pacientes diabéticos pela falta do monofilamento de 10g na UBS mas foi realizada a sensibilidade profunda com o uso do diapasão.

A solicitação de exames complementares periódicos em idosos com comorbidades tornou-se cotidiana. Observo o grande número de pacientes em tratamento para Hipertensão Arterial que já apresentavam nefropatia e encefalopatia de longa data em exames registrados em prontuário, mas que não apresentavam otimização do seu tratamento. As alterações renais acabavam por não serem diagnosticadas ou tratadas e a encefalopatia era tratada com medicamentos para demência sem tratar a sua causa base.

A priorização da prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular foi, de certo modo, realizada. Cabe descrever que a Farmácia da UBS apresenta uma grande quantidade de medicações para tratamento da HAS e DM2 diferentes das medicações da Farmácia Popular, permitindo um tratamento com medicações que propiciam melhor adesão com menores efeitos colaterais. Ao mesmo tempo, as medicações básicas deixaram de ser adquiridas visando a sua aquisição junto as Farmácias cadastradas no programa de Farmácia Popular.

Os idosos com problemas de locomoção, identificou-se a inicialmente quais destes estavam realizando acompanhamento junto a UBS, quais estavam com um período sem consultas ou exames muito longo e quais faziam seu acompanhamento na rede privada. Este grupo de pacientes teve o seu prontuário revisado, identificando os pacientes com acompanhamento na UBS em dia e os fora do padrão preconizado pelo Ministério da Saúde. Dentre estes pacientes, foram identificados 27 pacientes que realizavam seu acompanhamento na rede privada através de contato telefônico. Dos 68 pacientes restantes, foram realizadas 44 visitas domiciliares, sendo que, o restante dos pacientes, por não serem acamados, faziam seu acompanhamento regular na USF.

Todos os idosos atendidos, seja durante visita domiciliar ou durante consulta na USF tiveram sua Pressão Arterial aferida. Observa-se que, dentre os pacientes cadastrados e que realizam seu acompanhamento em rede privada, 17 deles nunca estiveram em atendimento na UBS e 10 destes realizaram o tratamento prévio mas atualmente não o fazem na USF.

Identifico que a qualidade do atendimento foi parcialmente melhorada: buscou-se conhecer os pacientes com problemas de locomoção, passou-se a buscar pacientes que não estavam com seus exames periódicos em dia, conhecendo o seu dia-a-dia. No entanto, pela não adesão dos colegas, os mesmos não aceitaram o seguimento do atendimento orientado segundo o Caderno da Saúde Idoso. Desta forma, não se conseguiu formar uma padronização do atendimento nem do registro.

Os indicadores não alcançaram os 100% nos seus quesitos visto que, conforme solicitado pela Supervisão, tive de transcrever os dados presentes em prontuário dos pacientes com problemas de locomoção atendidos que receberam busca ativa, seja através das consultas dos colegas ou mesmo de contato telefônico ou agente de

saúde, fornecendo assim dados inconsistentes, não se conseguindo atingir a sua plenitude.

O atendimento odontológico neste grupo foi uma situação bem delicada. Os pacientes apresentavam-se reticentes quanto ao tratamento de seus problemas odontológicos junto a UBS, sendo esta buscada apenas em situações de urgência e deixando o atendimento eletivo para ser realizado em consultório privado. Desta forma, conseguiu-se realizar atendimento odontológicos apenas em uma pequena proporção de idosos. Quanto a avaliação da necessidade de atendimento, esta foi avaliada durante a consulta médica, buscando dados do acompanhamento da saúde dental, sintomas presentes e avaliação da cavidade oral aos pacientes atendidos.

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

A melhora na adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso foi conseguida a partir da melhora do atendimento e do aumento do tempo para o atendimento a cada paciente. Inicialmente a gestão solicitou que cada paciente fosse atendido em um período máximo de 15 minutos. Tempo este impróprio para um atendimento holístico. Este avanço propiciou uma melhora na relação médico paciente, levando o paciente a voltar a consultar por criar laços de confiança com o médico.

Quanto a busca de idosos faltosos às consultas programadas pode-se dizer que foi uma ação que não pode ser realizada. O motivo para tal é que inexistiu agendamento de consultas, com um atendimento voltado a livre demanda. Esta forma de atendimento é contrária a preconizada pela Estratégia de Saúde da Família, mas é a adotada, sem previsão de uma mudança. Foi-me permitido, a partir do dia 03 de outubro, que eu realizasse agendamento para consultas. Contudo, pela forma como a população tinha a orientação inexistência de oferta de agendamento, a demanda apresentava-se em estágio inicial ao término do período da intervenção.

3.1.4 Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

O cadastro dos idosos atendidos e acompanhados pela Saúde do Idoso foi realizado com o uso das Fichas-Espelho disponibilizadas pelo curso.

Quanto as fichas-espelho observaram-se dois problemas: pela não adesão dos colegas, nem todo idoso atendido neste período de intervenção teve seu registro realizado, tendo os dados do atendimento apenas registrados no seu prontuário; e, parte das fichas foram extraviadas.

A distribuição das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa não foi realizada. Durante o período da análise estratégica, havia sido combinado com a gestão que estas seriam disponibilizadas. Contudo, a partir do início da intervenção, estas promessas não foram cumpridas.

Observo que, por solicitação da Supervisora do meu trabalho de especialização, acabei por realizar revisão do prontuários dos pacientes atendidos pelos colegas que se enquadravam na presença de problemas de locomoção. Pela falta de dados dos prontuários, as fichas espelho acabaram sendo preenchidas parcialmente.

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

Realizou-se um mapeamento de todos os idosos do município juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde identificando a presença de problemas de locomoção, situação do acompanhamento e comorbidades. Este registro foi anexado a lista das famílias de cada Microárea da USF.

Os pacientes atendidos tiveram seu cálculo de risco de mortalidade cardiovascular calculados. No entanto, os pacientes que tiveram suas fichas espelho preenchidas a partir da revisão de prontuário, não foi possível pela falta de dados para tal. Tal situação também ocorreu quanto aos indicadores de fragilização na velhice e na avaliação da rede social.

3.1.6 Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

A promoção dos idosos atendidos foi realizada a partir de orientações durante as consultas médicas e com nutricionista e através de palestras no grupo de idosos.

O grupo de atividades físicas da UBS já existia há algum tempo, sendo que até então era acompanhado apenas por uma orientadora física. A partir da contratação de uma coordenadora dos programas de Atenção Básica, conseguiu-se direcionar este grupo para a Saúde do Idoso e ao Hipertensão. O grupo passou a apresentar nos

encontros, após as atividades físicas, palestras de profissionais de níveis superiores que passaram a transmitir conhecimento nas suas áreas. A orientação nutricional foi voltada a busca de hábitos saudáveis alimentares, propiciando dietas mais adequadas as comorbidades de cada paciente. A orientação da prática regular de esportes buscou a adoção de hábitos saudáveis de lazer e prática de atividades físicas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos participantes, diminuindo o desenvolvimento da fragilidade.

A orientação sobre a higiene bucal foi realizada a partir das consultas médicas. A melhor forma para tal seria a partir de uma consulta com o odontólogo da unidade contudo, por resistência dos pacientes, muitos destes viam como inferior o atendimento realizado na UBS por ser gratuito e dispensável pelo uso de próteses.

3.2 Coleta de Dados e Indicadores

A coleta dos dados dos atendimentos foi facilmente realizada quando as Fichas Espelhos estavam completas. Esta situação só foi encontrada nos pacientes por mim atendidos, visto que, pela não adesão de toda a USF ao programa, as fichas espelho não foram disponibilizadas para o preenchimento e, quando isso ocorria, não eram preenchidas pelos colegas.

Inicialmente, eu realizei a revisão de prontuários de todos os pacientes idosos atendidos na UBS mas, por orientação da orientadora, passei a utilizar apenas as FE dos pacientes que eu atendia. Situação esta que teve de ser revista, visto que, parte dos pacientes com problemas de locomoção já eram acompanhados por colegas e, para o preenchimento da planilha de coleta de dados, necessitei reavaliar os prontuários novamente, preenchendo-as.

Quanto ao fechamento das planilhas, observei que existe uma desconexão entre os dados que devem ser acompanhados e os nela existentes. Inicialmente, aderi ao uso da disponibilizada pelo curso, mas com o avançar da intervenção, percebi que esta planilha não identificava dados objetivos. Um exemplo disso eram as perguntas: “idoso apresenta HAS ou DM? O idoso teve a PA superior a 135/85 mmHg ou em uso de medicação HAS? O paciente com HAS foi rastreado para DM?” Acredito que com a utilização de dados mais objetivos poderia-se encontrar melhores mais objetivos da mesma.

Quanto ao cálculo dos indicadores, não ocorreram problemas maiores. Mas cabe ressaltar que os dados nele devem ser analisados com cuidado, uma vez que a grande maioria de pacientes cadastrados apresentava problemas de locomoção ou acamados, grupo este mais propenso a ter comorbidades.

3.3 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO

Encerrada a intervenção, observo que as ações incorporadas a rotina foram quase que inexistentes. Situação esta inicialmente criada pela forma como a UBS tem seu funcionamento. Este desenvolve-se a partir do atendimento nos moldes de um pronto atendimento, mas com um número de atendimentos fixo. Inexiste parte das atividades que uma UBS mista necessitaria para seu funcionamento (reuniões de equipe, atividades de educação continuada, atividades preventivas), situação esta gerada pela ausência de uma cultura preventiva da população e gestão, estando ainda focada em um atendimento desenvolvido nos tempos do INAMPS.

Para a adequação da UBS a uma USF, todo o funcionamento deve ser reestruturado, iniciando pela formação dos gestores, passando pelo fornecimento de informações a população e concluindo pelo funcionamento da UBS. Apenas a modificação de uma parte não surtirá a mudança necessária e mesmo não será suficiente para a sua concretização.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

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

4.1.1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

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

A população adscrita a Unidade Básica de Saúde é formada, no momento da análise situacional, por 7.196 habitantes, sendo que destes, 1.185 apresentavam mais de 60 anos, enquadrando-se na possível intervenção. Em um primeiro momento, destacamos como meta atingir 591 pacientes, sendo destes 18 com problemas de locomoção.

Identifico que, inicialmente necessitamos recadastrar nossos pacientes adscritos e, após novos dados, identificamos 1.160 idosos na área e 95 pacientes com problemas de locomoção. Durante a intervenção tivemos a perda de 6 pacientes com problemas de locomoção, chegando ao fim do 3º mês com 89 idosos.

Alcançamos a cobertura de 14,3% da população (166 idosos) incluída no programa de Saúde do idoso. Verificando os gráficos percebemos que no segundo mês da intervenção o crescimento do número de pacientes se tornou menor, visto que, pela manutenção do atendimento e retornos necessários, uma menor parcela foi alcançada. Ressalto que possivelmente, com um engajamento intensificado dos colegas, tanto na padronização do atendimento conforme o indicado pelo Ministério

da Saúde como pela melhora do seu registro poderíamos ter alcançado melhores resultados em todos os indicadores.

Identifico que o último mês apresentou um salto no número de pacientes acompanhados visto que, conforme solicitação da orientadora, acrescentei os pacientes com problemas de locomoção que apresentavam acompanhamento com os colegas da UBS. Os pacientes acompanhados em consultório particular foram registrados mas não tiveram seus dados adicionados as planilhas.

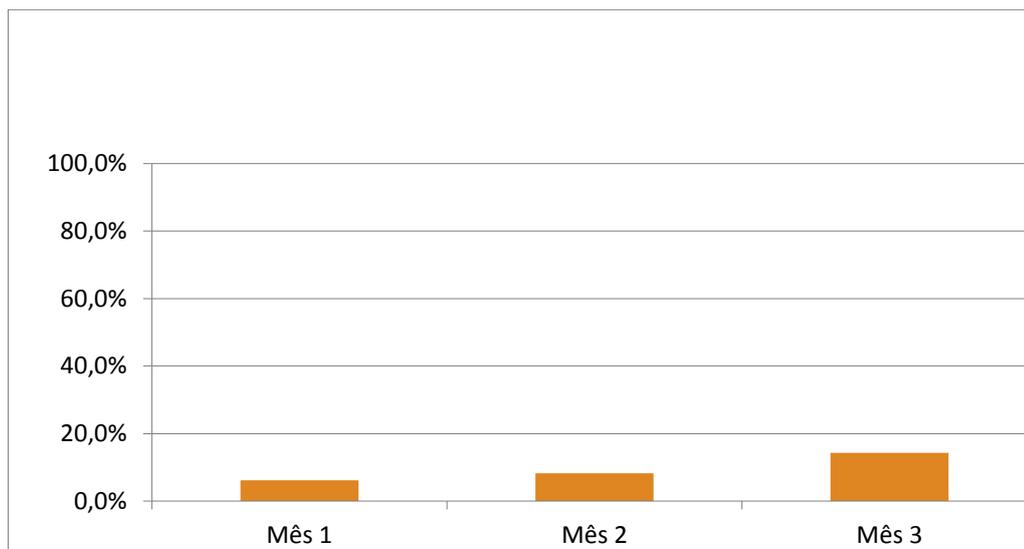


Tabela 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. ESF/UBS Paraí, Paraí/RS, 2014.

Observo que a expansão da cobertura do Programa de Saúde do Idoso propiciou, mesmo que em um pequeno número de moradores, uma melhora na sua saúde. Situação esta que em alguns casos foi observada a curto prazo pela modificação da sua condição clínica e que a longo prazo previna o desenvolvimento de comorbidades ou mesmo complicações das já existentes.

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

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

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia cadastrados no Programa Saúde do Idoso

Inicialmente, objetivou-se alcançar uma avaliação multidimensional em 100% dos pacientes atendidos. Idéia esta gerada a partir da padronização do atendimento indicada pelo Caderno de Saúde do Idoso. Observo, no entanto que, tal fato não recebeu uma boa adesão dos colegas, os quais deixaram por não preencher as fichas espelho ou mesmo não transcreviam os dados completos dos seus atendimentos junto ao prontuário clínico. Alcançou-se, frente aos empecilhos 69,9% dos pacientes cadastrados submetidos a tal avaliação.

A melhora na qualidade dos atendimentos organizada pelo Programa, segue uma visão holística do paciente. Esta, proporciona o diagnóstico de comorbidades além das já existentes que por muitas vezes eram deixadas de lado pelo clínico que realizava seu atendimento. Ressalto que, por muitas vezes esta avaliação não pode ser realizada pela cultura do “renovar a receita”, situação esta que impede o desenvolvimento de uma medicina preventiva ocasionando a busca dos serviços de saúde apenas no desenvolvimento de situações agudas.

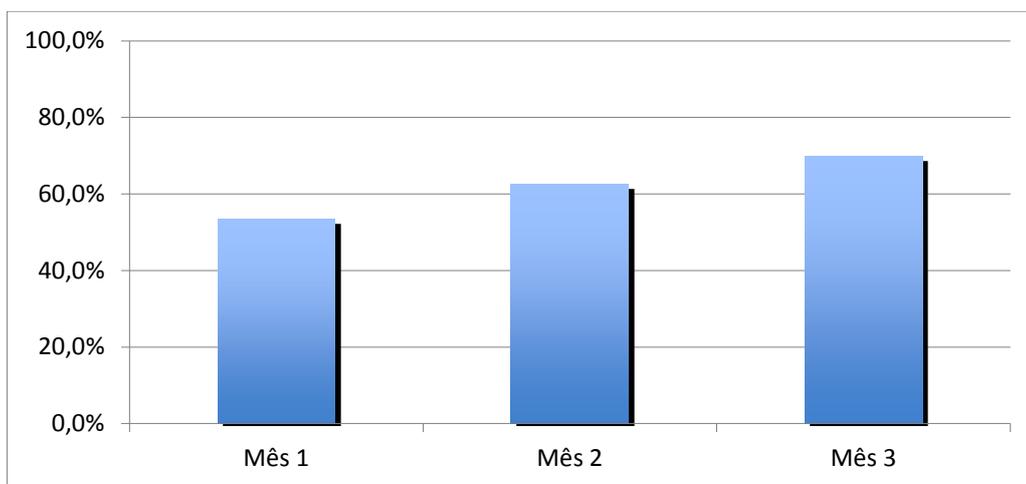


Tabela 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. UBS/ES FPará, Pará/RS, 2014.

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

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

A meta da realização do exame clínico em 100% dos pacientes baseava-se novamente na padronização do atendimento seguindo o prescrito pelo Programa Saúde do Idoso e com sua descrição em prontuário ou ficha espelho. Ao fim do terceiro mês alcançamos 72,3% do exame clínico apropriado a partir dos dados de fichas espelho e prontuários revisados. Dados quantitativos decorrentes dos mesmos motivos já descritos no indicador 2.1.

Identifico que, pela inexistência de dados em prontuário, todos os pacientes do grupo atendido tiveram avaliação cardiovascular, com exame dos membros inferiores, pulsos periféricos e medida de sensibilidade vibratória. Não tínhamos disponível na UBS os monofilamentos para sensibilidade tátil. Tal avaliação permitiu a identificação de alterações de sensibilidade, diagnóstico de doença aterosclerótica e pés diabéticos que até então não haviam passado por avaliação clínica.

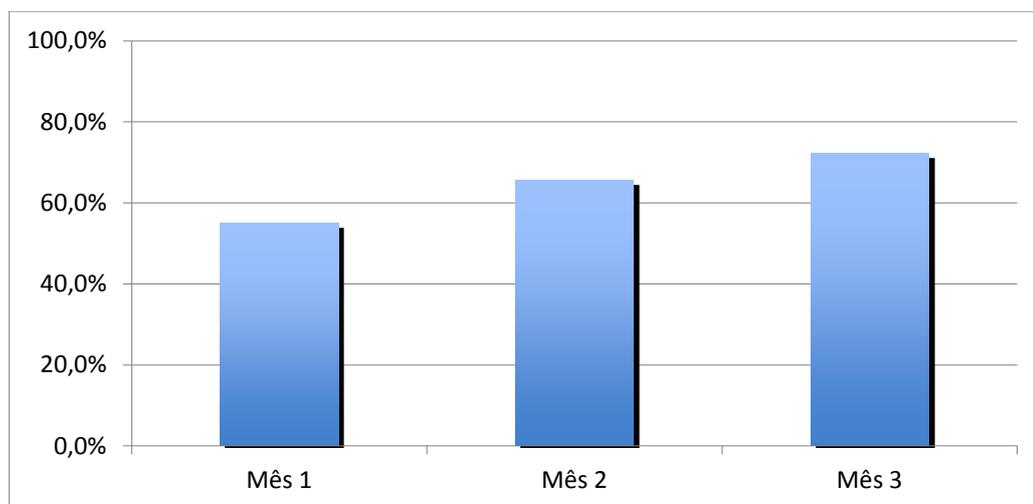


Tabela 3: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos

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

A meta, traçada inicialmente em 100% dos idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa alcançou 82,3% da meta. Observo que a variação entre o segundo e o terceiro mês deveu-se a mesma situação do indicador 2.1. A solicitação dos exames seguiu os protocolos do Ministério da Saúde, observando a periodicidade recomendada em protocolos específicos.

Observo que, mesmo nos pacientes ditos acompanhados anteriormente a intervenção, uma parcela considerável não tinha seus exames periódicos solicitados para o rastreamento de complicações em suas patologias.

A avaliação dos exames solicitados possibilitou a identificação de complicações que até então estavam sem diagnóstico e conseqüentemente sem tratamento. Estes exames identificaram, em um número substancial de pacientes, complicações em tratamentos ineficazes para as patologias de base.

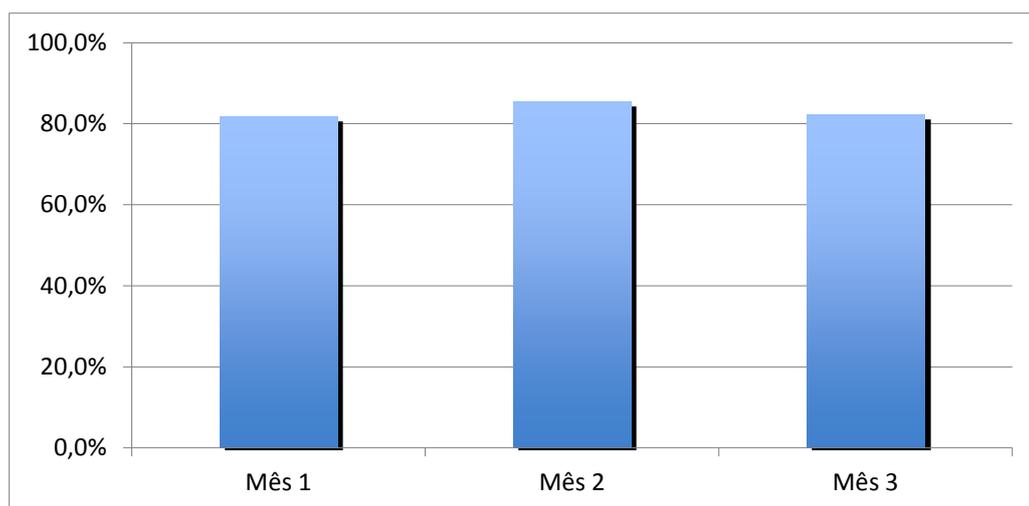


Tabela 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

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

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

A meta inicial de 100% dos pacientes não foi alcançada, atingindo 81,3% dos pacientes. A variação observada da porcentagem deveu-se a situação já descrita

na meta 2.1. Este indicador apresenta um viés importante no município visto que, a Farmácia da UBS apresenta uma grande quantidade de medicações para tratamento da HAS e DM2 diferentes das medicações identificadas no programa Farmácia Popular. Medicamentos estes que tem melhor adesão e diminuídos efeitos colaterais, mas que apresentam-se como de alto custo tanto para os pacientes como para a gestão pública. Observo que, pela característica de ser um município pequeno, esta situação ainda pode ser mantida, mas se tornaria insustentável em municípios com maior população.

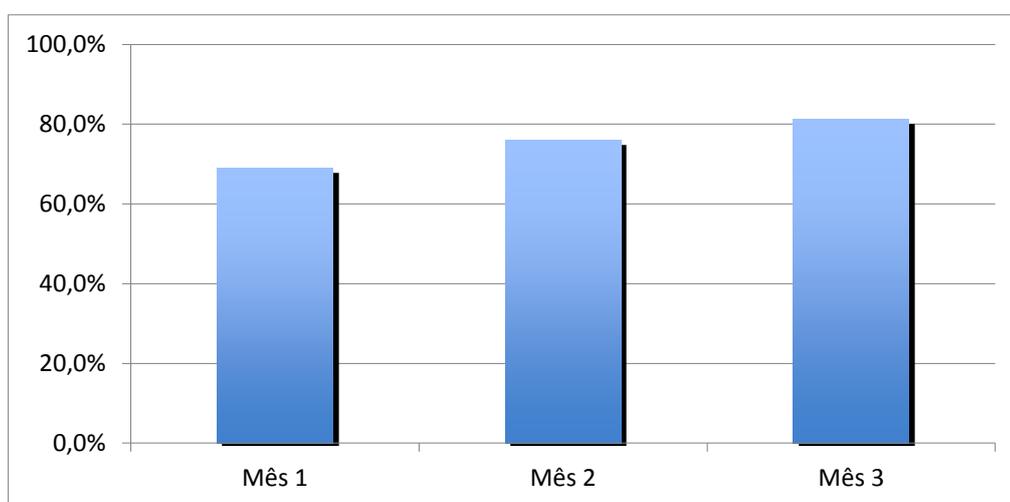


Tabela 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

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

Para ter indicadores reais da intervenção, necessitamos realizar um recadastramento de todos os idosos do município, conseqüentemente, o cadastramento de todos os pacientes com problemas de locomoção. Inicialmente, apresentávamos 18 pacientes com problemas de locomoção em um população de 1185 idosos. Após recadastramento, identificamos 1162 idosos, sendo destes 95 pacientes com problemas de locomoção. Observou-se que o período de acompanhamento, foram perdidos 6 idosos deste grupo. Observa-se que inicialmente, este grupo representava 1,5% dos idosos da área mas após recadastramento passou a representar 8,2%, um valor muito acima do estimado na estatística nacional.

Desta forma, da meta inicialmente traçada de 100% de idosos com problemas de locomoção cadastrados, alcançou-se 74,2% dos pacientes deste grupo visitados ou atendidos nos últimos três meses. Cabe identificar que neste grupo, os pacientes que não receberam atendimento foram os que realizavam seu acompanhamento em consultórios particulares e que não usam a UBS como referência para o seu atendimento. Desta forma, se incluirmos este percentual de pessoas, o qual presume-se ter acompanhamento atualizado, chegaríamos a 100% do atendimento. Situação esta que foi ocasionada pelo recadastro realizado com o auxílio das ACS, mas que não pode contar como dado por não ter sido realizado atendimento a esses usuários.

O salto do atendimento entre o segundo e o terceiro mês deveu-se ao direcionamento da ação para alcançar melhor percentual.

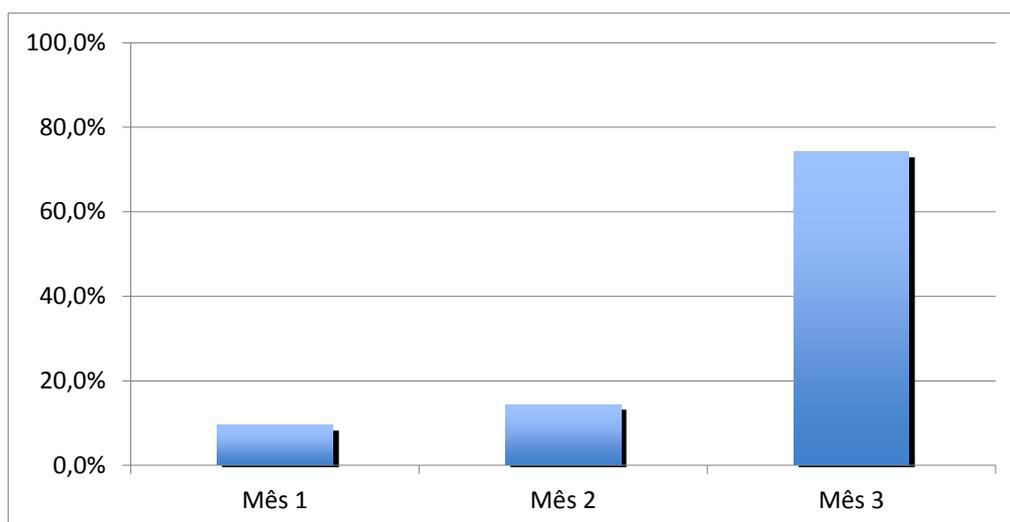


Tabela 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.UBS/ESF Parai, Parai/RS, 2014.

4.1.2.7 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

Frente à mudança da característica populacional encontrada após iniciada a intervenção, necessitou-se verificar qual a situação tal mudança dos idosos com problemas de locomoção, identificou-se a necessidade inicial de verificar quais

destes estavam realizando acompanhamento junto a UBS, quais estavam com um período sem consultas ou exames muito longo e quais faziam seu acompanhamento na rede privada. Este grupo de pacientes teve o seu prontuário revisado, identificando os pacientes com acompanhamento na UBS que estavam fora do padrão preconizado pelo Ministério da Saúde. Dentre estes pacientes, através de ligação telefônica e visita domiciliar pelas agentes comunitárias de saúde, 27 pacientes que realizavam seu acompanhamento na rede privada e 24 pacientes estavam com acompanhamento conforme preconizado. Desta forma, 44 pacientes estavam sem acompanhamento, sendo, desta forma, realizadas 44 visitas domiciliares. Atingindo assim o acompanhamento de 100% dos pacientes com problemas de locomoção. No entanto, pelo fato de que apenas os pacientes que apresentavam acompanhamento junto a UBS poderem ser observados e incluídos como acompanhados, deixando de lado os pacientes que fazem seu atendimento em atendimento particular, alcançamos 47,2% dos pacientes deste grupo acompanhado.

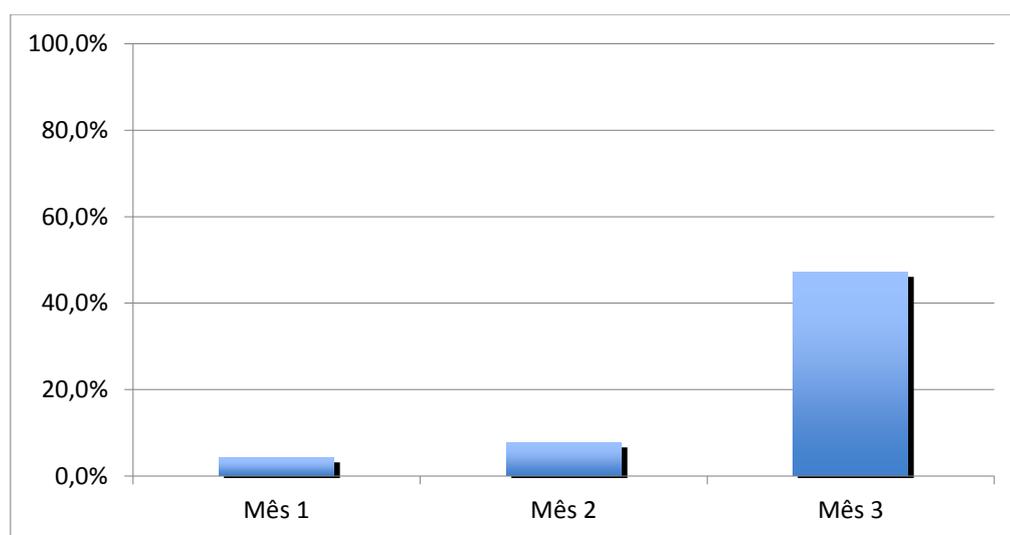


Tabela 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

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

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Observa-se que alcançamos 98,2% dos pacientes acompanhados. Tal porcentagem deve ao fato de que em muitas ocasiões, junto ao prontuário é registrada

uma consulta ao paciente em situações que o mesmo não está presente; retorno com exames, renovação de receitas.

Observa-se, que apesar disso, o rastreamento para a HAS através da medida ocasional na consulta é realizado em toda a consulta médica que o paciente desloca-se para atendimento na UBS e mesmo nas visitas domiciliares.

Qualitativamente, observa-se uma cultura de que a hipertensão apenas existe quando a pressão arterial está superior a 140/100mmHg, existindo uma resistência importante dos pacientes quanto a adesão ao tratamento se os valores estão inferiores.

Destaco o número absoluto de hipertensos (independente da idade) que é de 394 habitantes, representando aproximadamente 5,47% da população total do município. Característica esta que acredito ser decorrente do subdiagnóstico e não de melhores condições de saúde.

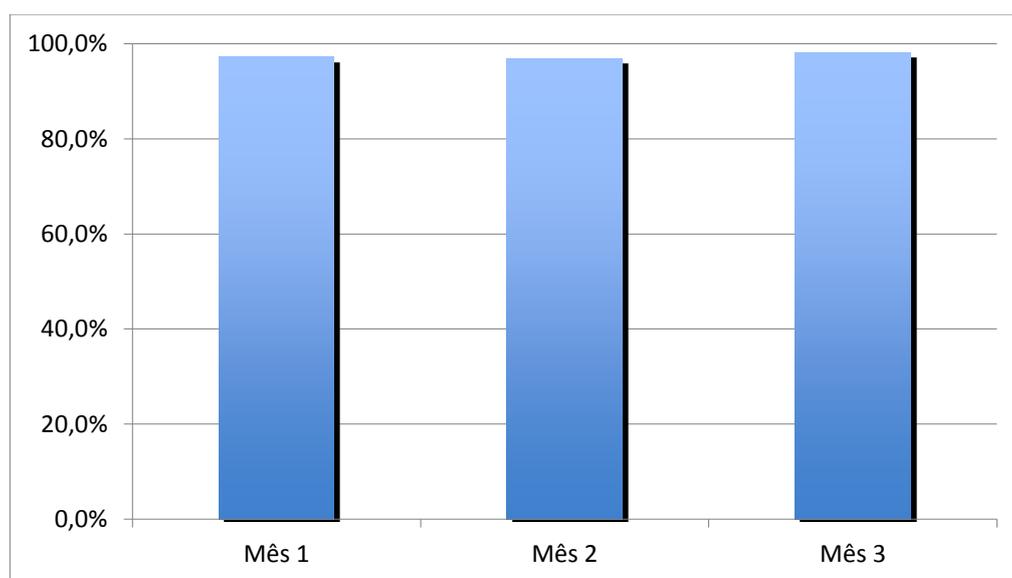


Tabela 8: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Observa-se que a partir dos 100% objetivados, alcançamos 97,2% dos pacientes hipertensos que já realizaram screening para DM.

Como o ocorrido no caso dos hipertensos da área, identificamos um total de 65 pacientes com DM, equivalente a 0,9% da população. Dado este creditado também ao subdiagnóstico visto que a médica nacional é próxima a 10% da população.

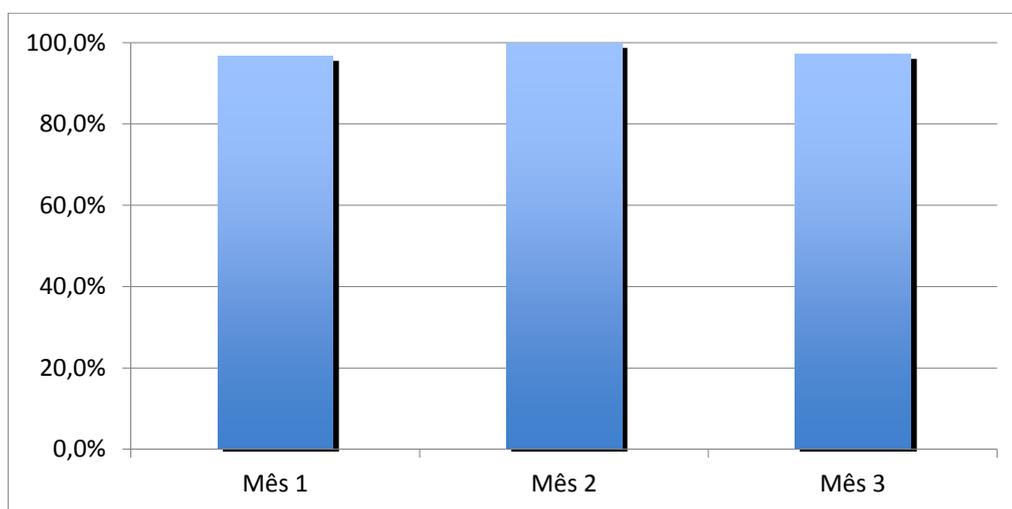


Tabela 9: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

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

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

A avaliação da necessidade do atendimento odontológico baseou-se no exame da cavidade oral, buscando a presença de alterações de mucosa e dentárias para o seu encaminhamento ao odontólogo da UBS. Objetivou-se alcançar 100% dos pacientes. Todavia, a meta alcançada foi de 31,9% dos idosos cadastrados.

O atendimento odontológico nesta população tem uma característica bem definida: a continuidade do seu tratamento junto a um odontólogo particular que está no município há mais de 40 anos. Situação esta que leva a recusa dos pacientes a aceitar o seu atendimento junto ao atendimento odontológico na Unidade.

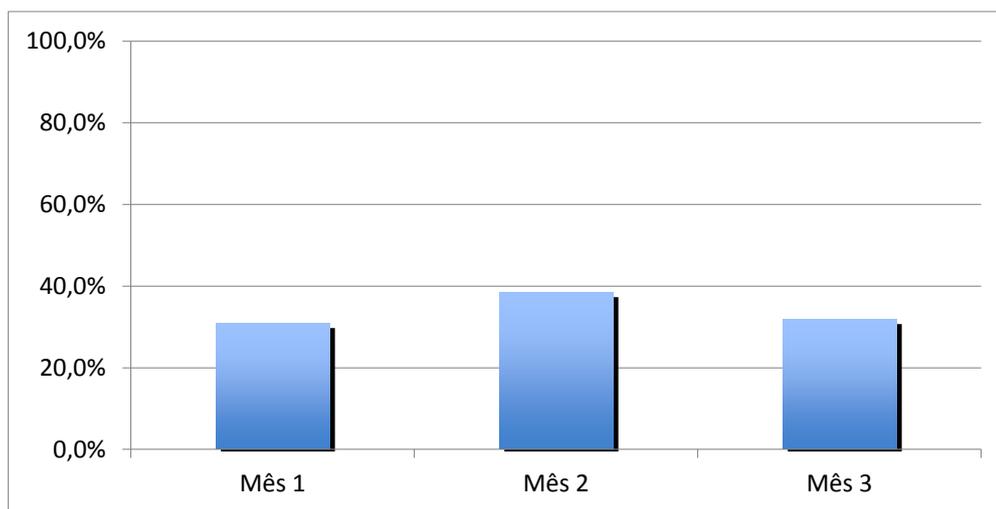


Tabela 10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica

Pela situação descrita anteriormente, não conseguimos realizar muitas consultas odontológicas nos pacientes que foram cadastrados no Programa da Saúde do Idoso. Observa-se que na planilha de coleta de dados da Saúde Bucal que, além do pequeno número de pacientes da faixa etária que aceita seu atendimento na UBS, apenas uma paciente a qual foi encaminhada para atendimento odontológico realizou sua consulta. Identifica-se ainda que os demais pacientes atendidos da população alvo realizaram seu atendimento ao acaso sem seguir orientação médica.

Demonstramos que a saúde bucal tem primordial importância, visto que patologias dentárias, ósseas e da mucosa pode prejudicar o bem-estar e a morbimortalidade.

Desta forma, vemos que não conseguimos beneficiar a população estudada frente a estas medidas.

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

4.1.3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

Identifico que não existiram pacientes faltosos as consultas programadas.

Esta situação gerou-se pela indisponibilidade do agendamento de horários para o atendimento da população nas primeiras 9 semanas da intervenção. Pela cultura populacional, ainda existe uma pequena demanda a este tipo de serviço visto que, até então, não estava disponível para a grande maioria dos médicos da UBS.

4.1.4 Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

4.1.4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Objetivou-se o registro de 100% dos pacientes cadastrados em fichas espelho que ficariam disponíveis junto ao prontuário clínico. Alcançou-se 53,0% dos atendimentos.

Esta deficiência do registro deveu-se a má adesão da equipe da UBS ao Programa, sendo visto como uma atividade isolada que não apresenta continuidade após encerrada o período de intervenção. Destaco que por muitas vezes mesmo o atendimento não é sequer registrado em prontuário clínico pelos colegas.

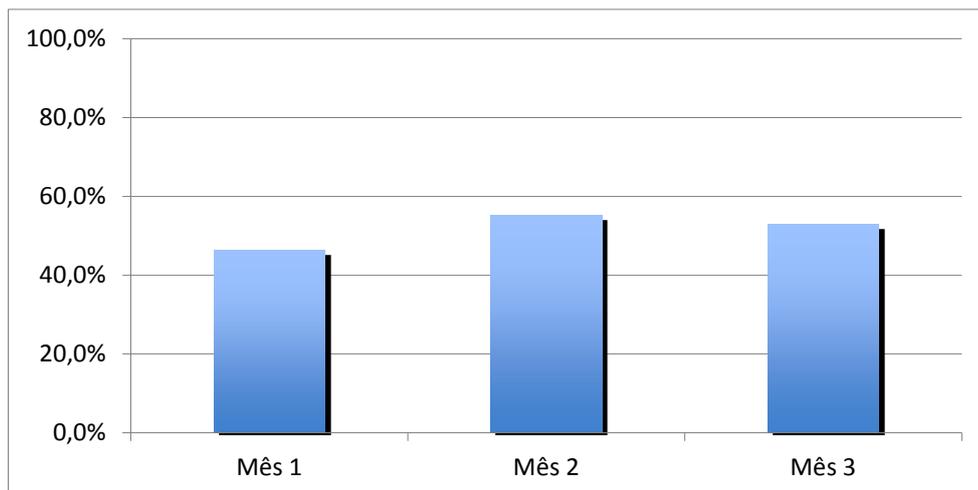


Tabela 11: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.4.2 Proporção de Idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Esta meta não foi atingida, tendo sido alcançado apenas 10,2% da sua cobertura.

Inicialmente, a gestão informou que não haveria problema na obtenção de tais instrumentos, mas, no período imediatamente anterior ao início da atividade, foi informado que não haveria possibilidade para tal. Os pacientes que já possuíam tal caderneta as possuíam de tentativa anterior de implementação da Saúde do Idoso.

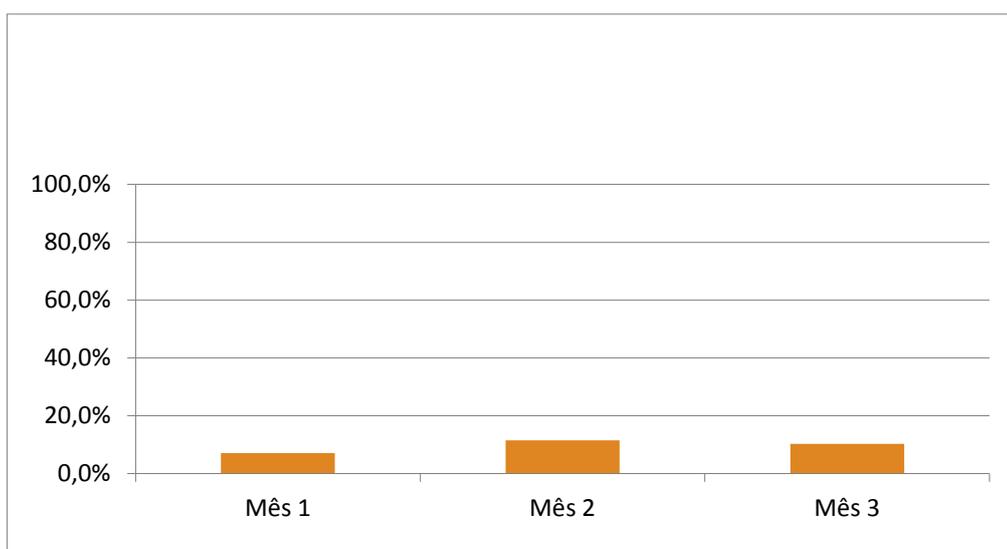


Tabela 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

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

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

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

O rastreamento de fatores de risco de morbimortalidade, conforme orientação do Caderno de Atenção ao Idoso, baseava-se no risco cardiovascular conforme critérios de Framingham.

Alcançou-se 45,8% dos pacientes cadastrados frente os 100% objetivados. Observo que tal situação deveu-se novamente a não adesão da equipe, visto que pela ausência de dados no prontuário clínico e o não preenchimento da ficha espelho não disponibilizavam os dados dos pacientes atendidos.

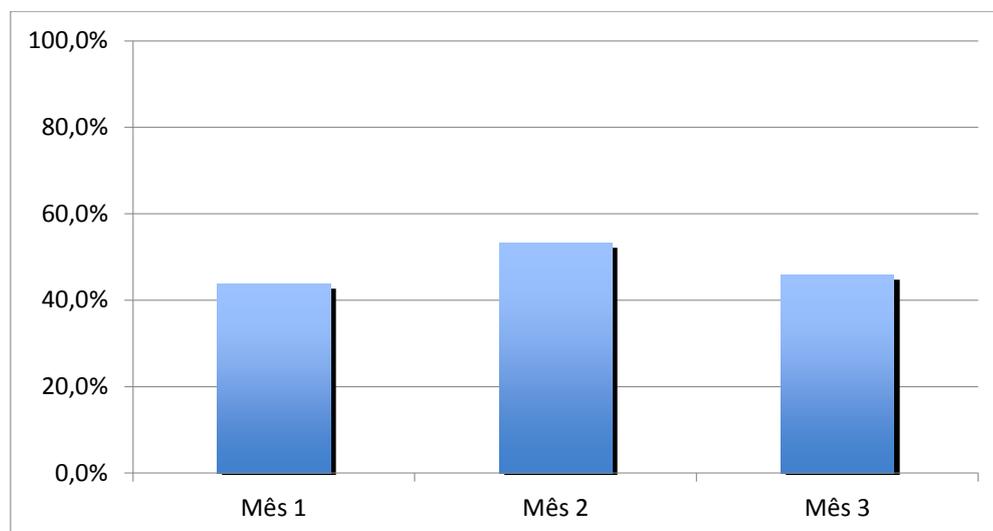


Tabela 13: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.5.2 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

Alcançou-se 47,0% dos 100% objetivados. Identifico que a baixa porcentagem deveu-se as situações já descritas.

A identificação da fragilização dos idosos orienta a investigação de comorbidades e mesmo do desenvolvimento da senilidade. Avalia, desta forma, a necessidade de ações frente tais alterações para a melhora do bem estar.

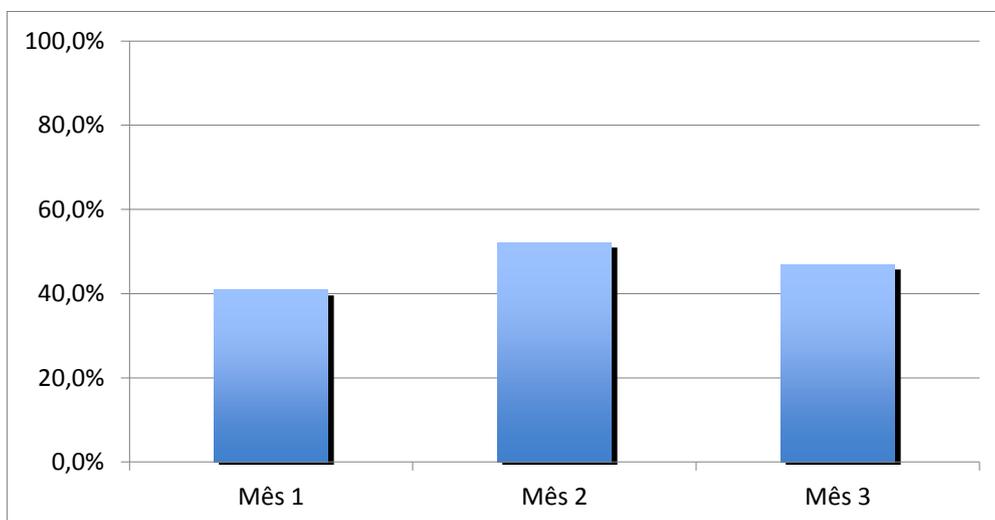


Tabela 14: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

Alcançou-se 54,8% da avaliação da rede social dos 100% objetivos.

Pacientes com rede social em risco necessitam de um cuidado intensificado junto as Unidades de Saúde por que, pela situação social não bem estruturada, comorbidades acabam sem ser investigadas, piorando o bem estar e elevando a mortalidade.

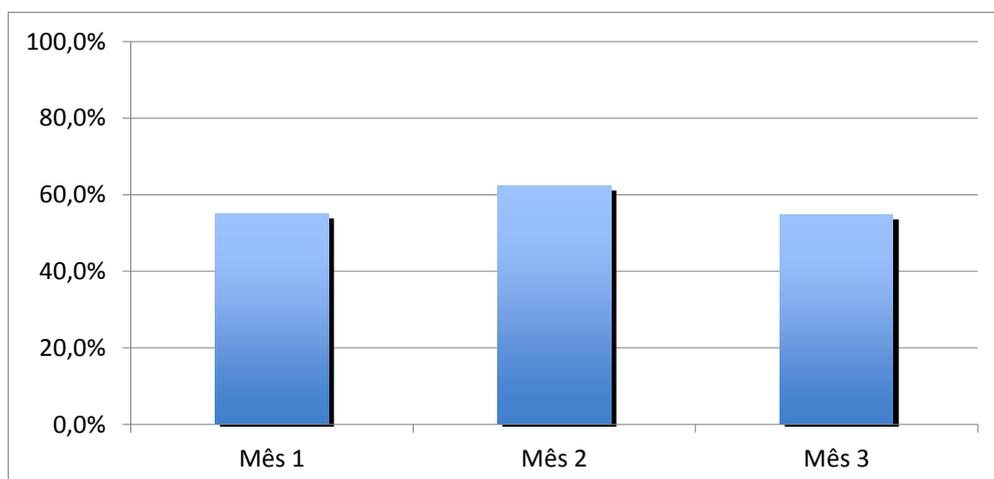


Tabela 15: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.6 Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

Alcançou-se 63,3% dos pacientes atendidos frente aos 100% buscados.

Orientou-se a adoção de hábitos saudáveis de alimentação em todas as consultas médicas e visitas domiciliares realizadas. Nos pacientes portadores de comorbidades, indicava-se que realizasse acompanhamento junto a Nutricionista da UBS para melhorar seu bem estar e beneficiar o controle da sua doença de base.

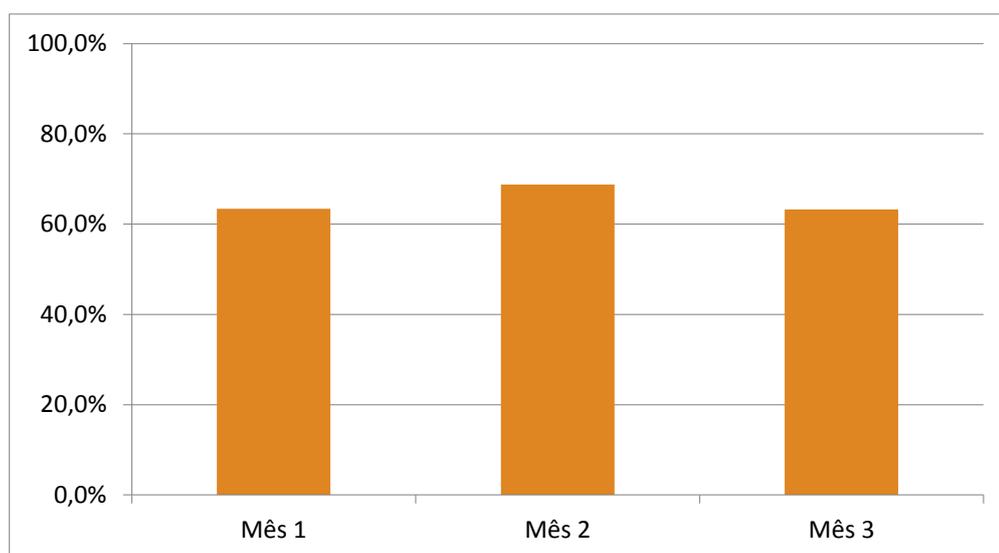


Tabela 16: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.6.2 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

Alcançou-se 65,7% dos pacientes com orientação de atividade física regular dos 100% objetivados. A evolução do gráfico segue a tendência encontrada nos outros indicadores pela ausência de registro em prontuário clínico e ficha espelho adequado.

A prática física foi estimulada a todos pacientes atendidos, seja em consultório médico como visita domiciliar.

Todos os idosos atendidos foram convidados a acompanhar o grupo que até então era a atividade física. A partir de então criou-se um registro próprio de todos os participantes do grupo e ao término da atividade física passou-se a realizar atividades educativas com profissionais de nível superior. Durante o período da realização da intervenção realizou-se atividades com psicólogo, odontólogo, enfermeiro, nutricionista e médico.

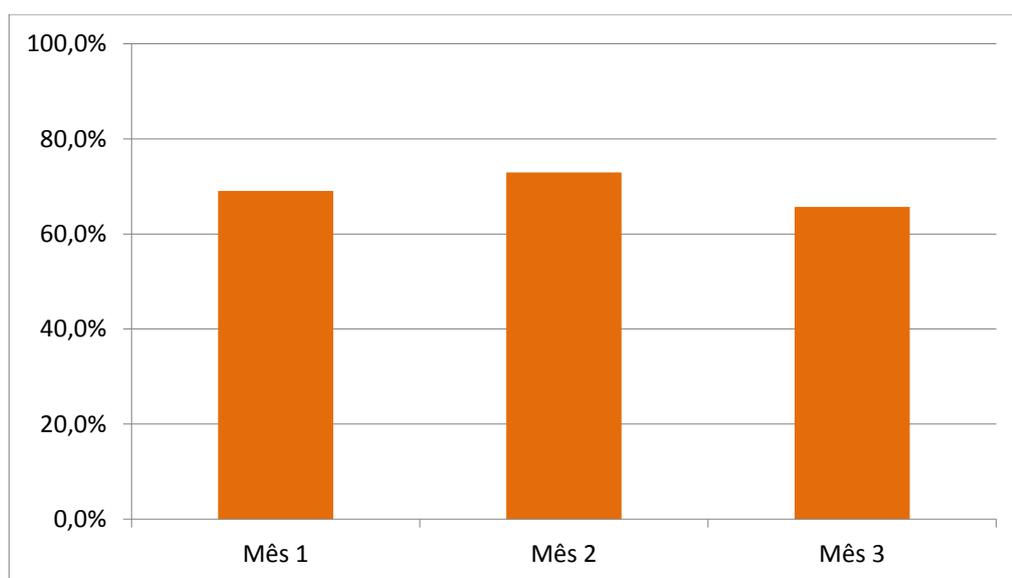


Tabela 17: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.1.6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Seguindo a planilha fornecida neste curso, poderíamos apenas informar os pacientes que receberam orientações sobre higiene bucal a partir dos que foram submetidos a atendimento odontológico. Desta forma, pela incapacidade de realizar

tal objetivo, nos tornamos incapazes de realizar aos que tiveram primeira consulta odontológica tal informações. Observa-se que os 70 pacientes receberam estas informações durante as consultas médicas.

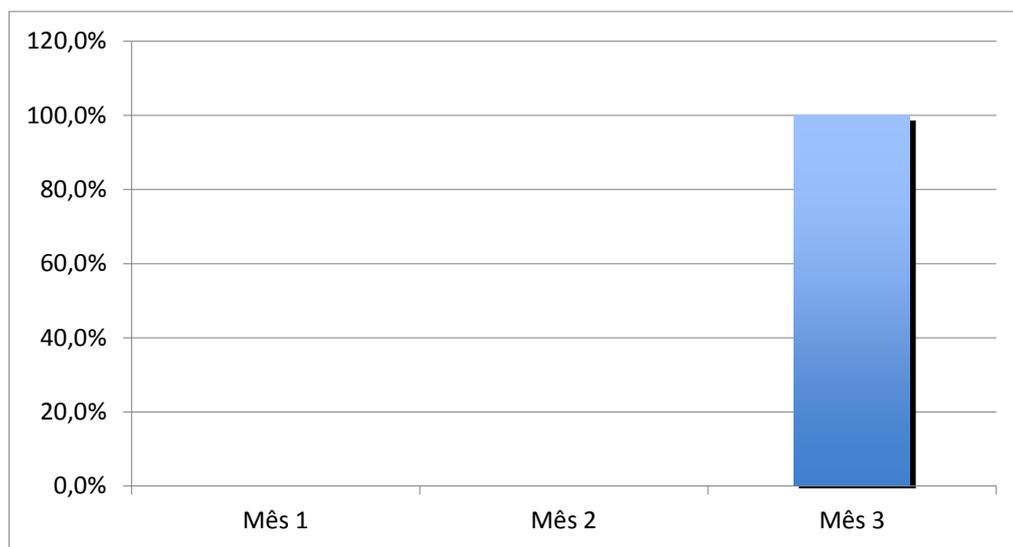


Tabela 18: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. UBS/ESF Paraí, Paraí/RS, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção buscou a reestruturação da Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde orientando-se pelos Cadernos de Atenção Básica do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006), Hipertensão Arterial (2013) e de Diabetes Mellitus (2013). Esta ação propiciou um recadastro dos pacientes definidos como idosos no território abrangido, identificando a existência de doenças crônico-degenerativas, padronizando seu atendimento e assim favorecendo um cuidado longitudinal qualificado.

Para a equipe identifiquei uma pequena mudança na visão existente quanto ao atendimento de saúde preventiva e sua implantação. Contudo, visto que esta atividade foi discriminada como obrigatória ao Curso de Especialização, teve pouca assimilação pela mesma, apresentando-se reticente as modificações de atendimento e organização demandadas.

Anteriormente a ação, o atendimento na UBS em nada diferia de um Pronto Atendimento: atendimento a livre demanda de situações agudas com pouca ou nenhuma ênfase nas atividades preventivas. Depois de muita discussão conseguiu-se aumentar o tempo de cada consulta, iniciou-se o agendamento dos pacientes e passou-se a realizar a busca ativa dos pacientes conhecidamente com doenças crônico-degenerativas e que não estavam atualizados com o seu acompanhamento.

Acredito que, os benefícios trazidos pela implementação da intervenção tem como ser visualizados de forma ainda discreta, considerando o fato de ter ocorrido em apenas três meses no qual apenas um dos seis médicos esteve engajado na sua instalação. Pode-se perceber que, através do registro específico do idoso, o qual foi realizado nas fichas espelho, passa-se a ter uma visão geral do paciente independente se o mesmo já ter sido atendido ou não por aquele profissional, diferindo

do modo anterior que apenas identificava-se o diagnóstico e o tratamento em prontuário. Os colegas referiram a demora para o preenchimento de tal instrumento, mas se o registro fosse realizado corretamente também geraria tal demora.

Os idosos atendidos durante a intervenção passaram a ter um acompanhamento documentado, seguindo protocolos específicos. Iniciou-se a busca dos pacientes que não realizam seu acompanhamento frequente e objetivando diminuir as complicações de suas doenças de base. Situação esta vista como medicina Preventiva, a qual foi desenvolvida buscando uma diminuição dos custos da saúde. Situação esta que está sendo desejada pela gestão, mas que ainda não está sendo totalmente desenvolvida.

Observa-se que anterior a intervenção inexistiam indicadores específicos para conhecimento da situação da atenção prestada aos idosos da área. Havia apenas o número total de idosos e dos que possuíam problemas de locomoção. A partir da implantação da intervenção conseguiu-se atualizar esses números, bem como gerar dados confiáveis a respeito dos indicadores presentes, tornando possível apresentar indicadores necessários para o diagnóstico de saúde dos idosos da comunidade e o planejamento em curto, médio e longo prazo.

Acredito que a intervenção não teria como ser modificada. Não por existir um projeto sem falhas e sem problemas de execução, mas sim pela situação a qual a unidade de saúde encontrava-se. As primeiras semanas da intervenção foram focadas no recadastro dos idosos que modificaram em muito o perfil do grupo e identificaram um distanciamento entre os dados presentes na UBS e os reais. Desta forma, acredito que, pela dimensão da população atendida, veria a formulação da intervenção diferentemente da forma como foi realizada. Ampliando o período para análise situacional e planejamento estratégico, incluindo neste período o recadastro dos pacientes.

Existe plenas condições do serviço incorporar a intervenção. Observa-se, no entanto, problemas na macroestrutura da UBS que a distanciam de uma Unidade de Saúde da Família. Caso existissem as correções necessárias, ainda seria necessário lidar com a existência de situações pessoais entre os membros da UBS anteriores ao meu ingresso que prejudicam seu bom funcionamento impedindo um trabalho coeso e com objetivos comuns.

A melhora na atenção a Saúde seria alcançada com a real implementação da Estratégia de Saúde da Família, seguindo seus protocolos de atendimento,

organização e gestão. Isso refletiria em todo o atendimento de saúde do município, gerando um ruptura inicial mas que a longo prazo traria visível melhora nos indicadores de saúde. Uma opção seria o atendimento dos pacientes em acompanhamento com doenças crônicas na USF e encaminhamento de todas as situações agudas ao Pronto Atendimento.

Hoje, pela proximidade entre a UBS e o Pronto Atendimento do Hospital do município, os pacientes escolhem ser atendidos no serviço que mais rápido lhe atenda. Mas essa rapidez não é ocasionada pela busca de consultas e sim para a renovação de receitas. Criou-se no município (e em todos os municípios) a cultura da “renovação de receitas” sem consultas. Situação que impulsiona a busca do profissional para renovar o atendimento, mas não para uma reavaliação. Conseqüentemente, pelo subdiagnóstico de complicações existentes em estágio precoce, a busca por uma nova consulta acaba ocorrendo em situação de agravamento importante da patologia pré-existente ou complicação do tratamento inadequado.

Os idosos atendidos pelo programa, seguindo a padronização existente segundo o Caderno de Atenção Básica, apresentam melhor controle de suas doenças crônico-degenerativas identificando o desenvolvimento de suas complicações precocemente e prevenindo seu agravamento.

Desta forma, identifico a intervenção como sendo benéfica a situação em Saúde, propiciando o começo de um acompanhamento clínico visando a prevenção ao invés da cura de um agravo. Contudo, pela visão adquirida por grande parte da equipe, possivelmente tal ação não terá seguimento após o encerramento da atividade.

4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A GESTÃO

A implementação de uma atenção saúde do idoso organizada e qualificada provê uma melhora nos indicadores de saúde diminuindo a ocorrência de desfechos desfavoráveis, na medida em que promove a saúde dos idosos, previne o adoecimento e presta uma atenção contínua, prevenindo que as complicações existentes agravem por falta de cuidados necessários

A intervenção, ação esta parte da especialização em Saúde da Família realizada pela Universidade Federal de Pelotas, está baseada nos protocolos de Atenção Primária a Saúde. Modelos estes que passaram a ser desenvolvidos desde o início do século XX e que identificaram a necessidade da prevenção de complicações das doenças pré-existentes tanto pela diminuição da morbidade como pela diminuição dos custos de saúde.

A ação buscou a implementação desta forma de planejamento de gestão, idealizando o prescrito no Caderno de Atenção ao Idoso. Manual este que a necessidade de uma medicina voltada a Atenção Primária e não apenas a medicina curativa até então empregada.

A partir do conhecimento da população adscrita a Unidade Básica de Saúde, conseguiu-se planejar a forma de atendimento, seguindo as diretrizes do SUS e implantando algumas possíveis mudanças.

Em um primeiro momento, com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), recadastrou-se toda a população com idade superior a 60 anos. A partir deste novo cadastro ainda pôde-se identificar todos os pacientes com problemas de locomoção, os que apresentavam alguma doença crônico-degenerativa e a forma como fazia seu acompanhamento para tal. Observou-se que o município apresenta um número de idosos acima do esperado, 1.162 indivíduos, frente aos 720 esperados pela média nacional. Quanto a população com problemas de locomoção, foram encontrados 95 idosos, frente aos 93 esperados.

Dentre as metas objetivadas, observaram-se nos pacientes cadastrados junto a Intervenção uma baixa frequência de pacientes com o acompanhamento atualizado anterior ao seu cadastro, seja este pelo exame físico ou exames periódicos ou mesmo falhas de descrição de dados junto ao prontuário clínico.

Quanto a presença de doenças crônico-degenerativas na população, suas complicações e seu acompanhamento, observa-se a formação de vários vieses.

Deve-se destacar os pacientes que mantêm o acompanhamento de suas comorbidades em serviços privados e os que mantêm o seu tratamento junto ao Pronto Atendimento do Hospital Nossa Senhora Aparecida. Estas situações ocasionam a perda da referência da UBS quanto ao tratamento dos pacientes, quanto a solicitação de exames, quanto ao diagnóstico precoce de complicações e mesmo do conhecimento das modificações do seu tratamento. Deve-se observar, no entanto, que pelas características de todos os Pronto Atendimentos, objetiva-se a medicina apenas curativa, sem intenção preventiva ou o seu acompanhamento a longo prazo. Situação esta que não é entendida pela população, sendo preferida pelo atendimento rápido, mas que ao mesmo tempo não permite uma visão holística e um acompanhamento longitudinal do indivíduo, deixando de lado comorbidades que podem vir a causar complicações futuras. Um possível direcionamento dos atendimentos a seus locais de referência regularizariam tal situação: situações agudas ao Pronto Atendimento e acompanhamento de patologias crônicas junto a UBS.

Junto a implementação da intervenção, foram implantadas as avaliações de Risco Cardiovascular e Fragilização aos pacientes cadastrados no programa e que leva a modificação nas metas terapêuticas buscadas, situação esta que até então não se apresentava descrita nos prontuários clínicos.

Desta forma, observa-se que a manutenção da ação implementada, associada a expansão a toda a unidade, deixando de lado a visão de ação isolada e restrita a um período específico propiciando uma melhora nos indicadores de saúde. Tal melhora poderia ainda ser alcançada com a disponibilização de um turno específico para o atendimento de idosos, reuniões de equipe para fundamentar as bases teóricas e práticas em todos que a compõem, gerando uma continuidade do cuidado mesmo após o encerramento da ação.

4.4 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

A Saúde do Idoso e Envelhecimento é caracterizada como a forma de acompanhamento dos pacientes que o Ministério da Saúde preconiza a população com idade superior a 60 anos. Sugere então um tratamento individualizado voltado a prevenção de doenças e suas complicações.

A implementação deste modelo como forma padronizada de atendimento, permite acompanhamento em todos os serviços que o paciente vier a necessitar tendo como base a Estratégia de Saúde da Família próxima ao seu domicílio. Mas esta não se limita a encaminhar pacientes a outros serviços ou prevenir doenças. Permite o tratamento de aproximadamente 80% de todos os problemas de saúde da população.

Esta forma de atuação busca o bem-estar do indivíduo, focando o tratamento do problema individual para conseguir alcançar um equilíbrio na saúde da população adscrita independente da sua condição econômica ou social. Também é capaz de identificar as falhas que foram criadas em sistemas de saúde anteriores que eram focados apenas na cura de problemas agudos, sem prevenir a ocorrência de doenças crônicas ou evitar seu agravamento.

A implantação deste mecanismo, em um primeiro momento, desenvolve um transtorno pela falta de consultas médicas junto a unidade básica de saúde. A longo prazo, permite a diminuição de complicações graves daquelas doenças quase sempre mal tratadas ou vistas como normais a todos indivíduos.

A implantação conseguiu atingir 14,3% dos idosos do município, conseguindo implementar ações que melhoraram a qualidade e quantidade dos atendimentos. Dentre as melhorias na qualidade alcançou-se 72,3% dos pacientes com exame clínico apropriado, 82,3% de exames periódicos atualizados e melhora na forma de registro dos dados dos idosos.

Desta forma, sua adesão permite, não apenas o agendamento de uma consulta com antecedência. Mas um controle adequado das patologias existentes, diminuindo as suas complicações e melhorando a qualidade de vida.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização, realizado a partir de uma plataforma de educação a distância, realizou-se no período compreendido entre abril de 2014 e dezembro de 2014. Foi dividido entre períodos os quais foram divididos em semanas.

O processo de aprendizagem a partir de uma avaliação subjetiva identifica as dificuldades enfrentadas no curso frente ao diálogo verbal inexistente com o orientador e suas solicitações. Pelo mesmo motivo, o desconhecimento da situação local por parte do supervisor e que não tem como ser sanadas pela análise situacional gera problemas pelas diferenças regionais encontradas criando situações de conflito pelas diferenças de contexto do meio ao qual esta sendo implantado o projeto e o qual o supervisor está habituado.

Quanto a busca de informações no período compreendido durante a especialização, observa-se uma facilidade extrema ao acesso de base de dados científicas e a inexistência de dados reais condizentes com a situação de saúde no município o qual se está inserido. Acredito que este problema seja presente em todas as unidades básicas que não apresentam uma boa implementação da saúde da família.

Observo que, o processo de aprendizagem, para os profissionais médicos torna-se com tempo diminuto e extremamente condensado. A especialização que os outros profissionais fazem em um período de catorze meses, temos de realizar em oito meses. O fato de sermos obrigados a realiza-lo para podermos dispor da pontuação do PROVAB obriga-nos a deixar de lado o estudo para as provas de residência, focando-nos na sua implementação. Mas que, por já ser em período comprimido, torna ainda mais exaustivo o processo.

Conforme orientação do curso, a disponibilização de 8 horas semanais para sua realização, frente a maior demanda existente que para os outros profissionais que realizam o mesmo curso e o período de sua realização torna-se inapropriada, sendo necessária uma ampliação do tempo ou uma simplificação nas atividades realizadas.

Desta forma, como curso de especialização isolado vem a implementar ações de saúde pública, beneficiando a condição de saúde da população adscrita. No entanto, a sua realização como parte obrigatória do PROVAB gera um processo muito mais árduo pelas imposições criadas e menores períodos para sua realização, tornando-se uma ferramenta que gera indicadores com vieses muito grandes, os quais levam a impossibilidade de sua utilização para o conhecimento da saúde pública em âmbito regional e nacional.

6 BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
2. BERGER L; MAILLOUX-POIRIER D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa, 1995.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema**. Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde, 2012.
4. ARAUJO D. **Polarização epidemiológica no Brasil**. Brasília: Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2012
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. COORDENAÇÃO DE APOIO À GESTÃO DESCENTRALIZADA. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Anexos

