

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade
Básica de Saúde Piquiri II, Canguaretama/RN**

Francisco Jakson Benigno Cavalcanti

Pelotas/RS, 2014

FRANCISCO JAKSON BENIGNO CAVALCANTI

**Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade
Básica de Saúde Piquiri II, Canguaretama/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Estela Maris Rossato
Co-orientador: Alan Goularte Knuth

Pelotas/RS, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C376m Cavalcanti, Francisco Jakson Benigno

Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Piquiri II, Canguaretama/RN / Francisco Jakson Benigno Cavalcanti ; Estela Maris Rossato, orientadora ; Alan Goulart Knuth, coorientador. — Pelotas, 2014.

69 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. 5. Assistência domiciliar. I. Rossato, Estela Maris, orient. II. Knuth, Alan Goulart, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

FRANCISCO JAKSON BENIGNO CAVALCANTI

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PIQUIRI II, CANGUARETAMA/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovada em 3 de junho de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Estela Maris Rossato
(Orientadora)

Alan Goularte Knuth
(Co-orientador)

Banca Examinadora:

Banca 1: Prof^a Vania Priamo

Banca 2: Prof^a Talita Helena Monteiro de Moura

Dedicatória

A Deus, por ter me proporcionado força e sabedoria para continuar minha caminhada.

À minha família pelos esforços prestados em prol do meu desenvolvimento.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse realizado.

Agradecimentos

Agradeço a Deus e à sua legião de anjos protetores por estarem sempre em meu caminho, permitindo o meu sucesso e auxiliando na minha evolução.

Aos meus pais, Francisco Alves Cavalcanti e Francisca Benigna Fernandes Cavalcanti, pelos esforços feitos e incentivos aos estudos, a minha bisavó Adalgisa Pereira da Silva, cujo espírito permanece presente iluminando as minhas ações e alegrando os meus dias, a Júnior, Jaila, Jair, Nara, Cyro, Anaicla, Pedro, Caio, Gabriel, o pequeno Samuel e a todos os familiares que estiveram presentes na minha formação.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela oportunidade a mim oferecida e pela contribuição na minha formação profissional.

À Universidade Federal de Pelotas pelo programa de Especialização à Distância em Saúde da Família.

Aos usuários da Unidade Básica de Saúde Piquirí II, pela disponibilidade em participarem deste projeto como protagonistas. Aos meus colegas de trabalho, que enfrentam comigo na batalha diária pela vida.

Aos professores Cláudio Orestes, Estela Rossato, Alan Knuth e LyaneCortez, pelo seu eficiente acompanhamento nessa jornada ao longo do último ano e pelo compartilhamento do saber.

Aos meus amigos de convívio Leonardo Eufrázio, Marcelo Cândido, Taysa Feitosa, Daniel Carlos, Mirella Alves, Neildo Lima, Vicente Freitas, Nathalia Braga, Ruth Castro, Graça Martins, Juliana Gurgel e Pedro Rabelo.

Muito tempo atrás, numa praia solitária do Haiti onde ambos jaziam nus depois do amor, Jeremiah de Saint-Amour tinha suspirado sem pensar: “Nunca hei de ser velho.” Ela o interpretou como um propósito heróico de lutar contra os estragos do tempo.

“O Amor nos Tempos da Cólera” por Gabriel García Márquez

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso naUBSPiquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	45
Figura 2	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados da UBS Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	46
Figura 3	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	48
Figura 4	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	49
Figura 5	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	51
Figura 6	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.....	52
Figura 7	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	52
Figura 8	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	53
Figura 9	Proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014	54

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégica em Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação de ESF/APS em 11/04/2013	13
1.2 Relatório de análise situacional em 06/06/2013	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e a análise situacional	21
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e Metas	26
2.2.1 Objetivo Geral	26
2.2.2 Objetivos Específicos	26
2.2.3 Metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das Ações	29
2.3.1.1 Eixo 1: Monitoramento e avaliação	29
2.3.1.2 Eixo 2: Organização e gestão do serviço	30
2.3.1.3 Eixo 3: Engajamento público	30
2.3.1.4 Eixo 4:Qualificação da prática clínica	31
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório de Intervenção	41
3.1 Ações previstas no projeto que forma desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	42
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço	43
4 Avaliação da Intervenção	45
4.1 Resultados	45
4.2 Discussão	54
4.3 Relatório da intervenção para o gestor	56
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	59

5 Reflexão Crítica	62
6 Bibliografia	65
Anexos	66
Anexo A: Ficha espelho, página 1	67
Anexo B: Ficha espelho, página 2	68
Anexo C: Planilha de coleta de dados	69
Anexo D: Planilha OMIA	70

Resumo

CAVALCANTI, Francisco Jakson Benigno. **Melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Piquiri II, Canguaretama/RN.** 2014. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O aumento recente na expectativa de vida no Brasil resultante da mudança demográfica vem despertando a atenção dos gestores e dos servidores em saúde pública. O número de idosos em acompanhamento no SUS está crescendo em uma proporção maior do que o número de profissionais de saúde adequadamente habilitados para lidar com essa classe de usuário. Este projeto tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção básica da seguinte maneira: ampliar a cobertura de acompanhamento, melhorar a adesão e a qualidade da atenção desses usuários, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco na área de abrangência e promover a saúde. Essa sistematização foi amparada pelo uso da planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e posta em prática com o preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados durante as atividades cotidianas. Foram cadastrados no programa apenas os usuários que foram atendidos durante as 12 semanas de intervenção. Após três meses de intervenção, foi observado um crescimento da proporção de atendimentos para idosos (de 13,2% para 20,2%), mesmo sem o cumprimento da meta inicial de cadastrar 80% dos idosos – 21,9% foram cadastrados no programa. As visitas domiciliares também aumentaram a frequência, sendo feito o cadastro de 81,2% dos idosos acamados e/ou com dificuldade de deambulação. Foi feito o rastreio para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) em 100% dos idosos acompanhados. Observou-se que 83,5% dos usuários tiveram acesso aos medicamentos prescritos. 100% deles receberam orientação para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, e 68,2% foram orientados quanto a prática regular de atividade física. No entanto, as metas para o acompanhamento odontológico não foram atingidas. Ao final do período de observação, pudemos concluir que ocorreu crescimento tanto na quantidade como na qualidade da atenção direcionada aos idosos na UBS Piquiri II, mas os esforços devem ser continuados para que os resultados permaneçam em crescimento.

Palavras-chave

Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Saúde Bucal;
Assistência domiciliar

Apresentação

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPel/UNASUS) foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos no âmbito da atenção básica na UBS Piquiri II. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, que são: análise situacional, análise estratégia, relatório de intervenção e avaliação da intervenção e a reflexão crítica. Na primeira parte fizemos uma análise da situação inicial da UBS, um relatório de análise situacional e um texto comparativo entre a análise inicial e o relatório final. Na segunda parte escolhemos um foco para a intervenção, e a partir da sua definição elaboramos o projeto de atividade. Na terceira parte elaboramos um relatório de toda a intervenção realizada. Na quarta parte avaliamos o que conseguimos realizar com o processo de intervenção e o que foi realizado parcialmente ou não foi possível ser realizado. Por fim, na quinta parte, fazemos uma reflexão crítica de todo o processo, analisando seus pontos positivos e negativos. A intervenção teve seu início em 19 de novembro de 2013 e sua finalização ocorreu em 6 de fevereiro de 2014.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/04/2013

A UBS Piquiri II, localizada no município de Canguaretama, no estado do Rio Grande do Norte, sofre cronicamente com problema de falta de médico para completar o quadro de profissionais da equipe da Estratégia em Saúde da Família (ESF). Esse é o problema mais aparente e que comumente é relatado pelos usuários do serviço. Mas não é o único problema e, de modo algum, o problema mais importante.

Apesar de todos os outros profissionais estarem presentes, há uma gritante sobrecarga de funções, de modo que a enfermeira, o odontólogo, os técnicos de enfermagem e de consultório odontológico e os agentes comunitários de saúde (ACS) trabalham como um número maior de famílias do que o recomendado. O prédio da Unidade funciona em uma estrutura anteriormente destinada a ser a maternidade local. Vê-se nas paredes os sinais do tempo e da falta de manutenção com a estrutura física. E um problema descrito como histórico da localidade já foi observado nas primeiras semanas de trabalho: a dificuldade para efetuar os encaminhamentos a especialidades e a demora para receber os exames solicitados (sejam eles básicos ou complexos).

O gestor e seus auxiliares se mostraram disponíveis em cumprir o seu papel, relatando a carência existente na população local: não apenas de médico, mas de recursos sociais e econômicos. A Unidade não conta com transporte fixo para a realização de visitas domiciliares, mas foi estabelecido o compromisso de que o transporte estará disponível um turno por semana.

Já são postos em prática o programa de acompanhamento para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), bem como os serviços de pré-natal e de puericultura. Os ACS realizam o seu trabalho dividido por turnos: pela manhã vão para as suas respectivas áreas, à tarde cumprem expediente na própria Unidade. Todos os profissionais trabalham dois turnos por dia, durante quatro dias da semana, contabilizando na carga horária final de 32 horas semanais. As outras 8 horas extras

previstas para o médico estão programadas para atividade teórica, enquanto que os outros profissionais tem essas 8 horas de folga concedidas pela gestão municipal.

Finalmente, conforme foi relatado anteriormente, a população local sofre com a pobreza. Em uma passagem rápida pelo vilarejo, vê-se um número considerável de casas de pau-a-pique, muitas dela sem banheiro. Há um grande número de ruas sem saneamento, com esgotos correndo a céu aberto em ruas de terra. Aqui não é incomum aquela clássica cena de crianças sujas brincando nas proximidades de pequenos riachos de excrementos humanos. Também é comum encontrarmos grupos de estudantes voltando para casa em horários bem mais adiantados do que o que se considera usual para o funcionamento das escolas. Igualmente desconcertante é o número de jovens desocupados em praças e ruas durante o horário comercial. Durante as atividades na própria Unidade, já foi possível perceber o nível alarmante de analfabetismo funcional. Não me refiro apenas a idosos; é grande o número de jovens e adultos jovens que falam e entendem sofrivelmente o português – eles freqüentam ou freqüentaram a escola, mas a baixa qualidade do ensino salta aos olhos.

É então nesse meio de pobreza, de analfabetismo e de descaso com a população que inicio as minhas atividades profissionais e da especialização.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 06/06/2013

O município de Canguaretama, localizado no litoral do Rio Grande do Norte conta com 30.916 habitantes. Quanto aos serviços de saúde oferecidos à população, contamos com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o total de 13 equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF). Disponibilizamos ainda um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quanto ao atendimento especializado, é oferecido no Centro de Referência atendimento para Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Ginecologia, Nutrição, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Ultra-sonografia e Urologia; levando-se em média de duas a três semanas para ser a realizada a marcação das consultas. As demais

necessidades são encaminhadas para especialistas que atendem na capital do estado.

Existe na cidade um Hospital Regional com importante déficit nos recursos materiais e humanos, de modo que as demandas de internação hospitalar e atendimento de urgência não é realizado adequadamente. O atendimento de urgência é preferencialmente feito nas UBS, sendo que os casos mais graves e/ou que não podem ser atendidos no próprio município são referenciados para municípios vizinhos.

A cidade oferece a realização de exames laboratoriais básicos, com uma importante demanda reprimida (os exames levam, em média, dois meses para ser feitos). O único aparelho de radiografia do município está em manutenção há quatro meses, sem previsão de retorno desse serviço.

A Unidade Básica do Piquiri II é a minha UBS, ela está localizada no distrito do Piquiri, zona rural do município de Canguaretama; é uma ESF tradicional. A população em quase a sua totalidade não dispõe de serviço complementar de saúde, sendo cadastrado na UBS um total de 3540 usuários. A UBS não está vinculada a nenhuma instituição de ensino. A minha área conta com apenas uma equipe, composta por um Enfermeiro, um Médico, um Odontólogo, dois Técnicos de Enfermagem, um Técnico de Consultório Odontológico e nove Agentes de Saúde da Família.

A UBS em que trabalhamos foi originalmente construída para ser uma maternidade, e não foram feitas alterações importantes ou mesmo adaptações na sua estrutura para a Unidade. Os consultórios são amplos, bem iluminados e climatizados, todos com pia. A maca da consultório de enfermagem é uma mesa ginecológica e a maca da consultório médico está quebrada. Temos negatoscópio, tensiômetros, estetoscópios, glicosímetro, otoscópio, fita métrica e balanças. Há um espaço adequado para o arquivamento dos prontuários. Na recepção existem poucas cadeiras, não é climatizada, mas há rampas de acesso e portas amplas. O local destinado à espera dos usuários pelo atendimento é um corredor ventilado, com apenas um banco (com capacidade para 4 pessoas). Há três banheiros na Unidade, todos envelhecidos e com aspecto sujo, um dos quais está interditado há aproximadamente nove meses. E, finalmente, temos a copa, em um espaço reduzido mas ventilado, com fogão, geladeira, mesa e cadeiras. Para minimizar as deficiências encontradas, devemos dividir em estratégias a curto prazo e a longo

prazo. As de curto prazo são a substituição dos equipamentos velhos, a colocação de cadeiras na recepção e na sala de espera e a climatização desses ambientes. A longo prazo, eu vejo a necessidade de uma reforma na UBS, com mudança dos pisos e das paredes, colocação de rampas na porta de todos os consultórios, alargamento das portas e adequação dos banheiros.

Em relação às atribuições, podemos constatar uma sobrecarga de todos os integrantes da equipe. As atividades de atendimento são realizadas, objetivando atender a todos os usuários que procuram a Unidade com o menor tempo de espera possível. No entanto, atividades em grupo que visam a prevenção primária são feitas com menor frequência tendo em vista a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Sabendo que a demanda é constante, sem previsão de que ela diminua, a maneira mais eficaz para solucionar esse problema seria a criação de, pelos menos, mais uma equipe na região.

Existe um total de 3540 pessoas cadastradas na Unidade, tendo uma abrangência de 100% da população da área adstrita. Desses, 1735 são homens e 1805 são mulheres. Para adequar a equipe à esta população, nós visamos inicialmente o cumprimento das atividades de assistência em saúde, complementando com as atividades de prevenção.

Aproximadamente 40% dos atendimentos realizados pelo médico na UBS são de atenção à demanda espontânea. De pontos positivos temos a facilidade ao acesso da população a este serviço (já que um número adequado de fichas é destinado a esses usuários) e a curta espera para o atendimento (pois esses usuários são classificados como prioridade de atendimento). Em relação às dificuldades na realização desse serviço, temos a sobrecarga do técnico de enfermagem (apenas um para o cumprimento de duas funções: a recepção dos usuários pré-atendimento e a realização de procedimentos após o atendimento), além da constante falta de medicações e material. Para a resolução desse problema, deve haver uma organização mais eficiente na manutenção dos estoques da Unidade, além de aumentar o número de técnicos de enfermagem. Além disso, seria de grande ajuda a resolução da crise atual no Hospital Regional que existe na cidade.

A cobertura de saúde da criança na área pode ser considerada satisfatória. Logicamente que o ideal de 100% de cobertura seria o valor mais satisfatório. Entretanto, levando-se em conta as dificuldades de acesso ao serviço de saúde e os

resquícios de cultura local de que o lactente saudável não precisa ser visto na Unidade, acredito que o valor de 79% está acima do que poderíamos esperar. Ao observar os indicadores de qualidade na atenção à puericultura propostos pelo Caderno, encontramos aqui alguns pontos positivos e alguns pontos negativos.

Como pontos positivos, primeiramente temos o grau de cobertura na área, conforme citado anteriormente. Podemos ainda considerar como satisfatórios o grau de cobertura vacinal (100%) e a orientação em relação ao aleitamento materno exclusivo (100%) – além da orientação quanto à alimentação após os 6 meses de idade. Devemos essas características positivas ao trabalho conjunto de Médico, Enfermeiro e Agentes de Saúde, além do próprio esclarecimento populacional através de programas de instrução frequentemente realizados nos meios de comunicação popular. Além disso, o monitoramento do crescimento (69%) e do desenvolvimento (69%) são habitualmente realizados na consulta tanto do Médico como do Enfermeiro.

Os pontos negativos, no entanto, são especialmente incômodos. A realização do Teste do Pezinho deixou bastante a desejar em relação à cobertura que seria considerada satisfatória (39%). Isso se deve a dois fatores principais: a falta de compromisso da gestão municipal com a realização do teste – pois além da freqüente falta de material, há apenas um profissional habilitado para a sua coleta em todo o município – e a cultura local entre os usuários de que o Teste não é verdadeiramente importante. A primeira consulta de puericultura não é realizada na primeira semana de vida, como o previsto (0%); isso se deve tanto à dificuldade na marcação de consultas como à orientação ineficiente no momento da alta na maternidade. Não contamos ainda com serviço de triagem auditiva (0%), além de não serem comumente realizadas a avaliação da saúde bucal (0%) nem a orientação para prevenção de acidentes (0%). O serviço de Puericultura, apesar de ser realizado na minha UBS, tanto por Médico como por Enfermeiro, não é realizado seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

Ainda existe a cultura entre os habitantes de região de que a Unidade só deve ser procurada quando existe doença, e mesmo se a população procurasse-nos para a realização de uma consulta de puericultura – com enfoque no acompanhamento e na prevenção – acredito que não poderíamos realizar esse serviço a contento. Infelizmente, a demanda de usuários é muito grande. Além da demanda agendada, a demanda espontânea vem sufocando os programas da UBS,

isso por vários motivos: ausência de transporte da região para o pronto-atendimento da cidade, hospital sem estrutura ou corpo profissional adequados, recusa da população em procurar o hospital, dentre outros. Para que a Atenção da Criança seja realizada a contento, além do empenho de todos os profissionais da UBS, seriam necessários o empenho da população local e o empenho dos gestores para melhorar os demais serviços de saúde.

Em relação à qualidade do serviço de pré-natal na Unidade, temos aqui um ponto positivo: a maioria dos indicadores vem sendo adequadamente cumprida. Os pontos fracos são a vacinação contra hepatite B (20%) e a avaliação de saúde bucal (28%); e para os dois há justificativa. Como a mudança do protocolo quanto à vacina de hepatite B foi recente, a população local está ainda em um processo de transição. Em relação à avaliação da saúde bucal, encontramos aqui novamente a resistência da população, já que o atendimento com o odontologista é adequadamente oferecido na Unidade e as gestantes recebem orientação para procurar o profissional. Felizmente, o serviço de pré-natal na UBS em que trabalho está bastante próximo do que poderíamos considerar adequado. Alguns pontos que poderiam ser melhorados são: mais eficiência na realização dos exames laboratoriais solicitados; adequado seguimento da puérpera, visando a realização de um planejamento familiar adequado; e definição prévia da instituição que a gestante deve procurar para a realização do seu parto com segurança.

Em relação à prevenção do câncer de colo uterino, observamos uma boa cobertura daquelas usuárias que procuram a UBS com essa finalidade. Isso deve-se às repetidas campanhas de incentivo à Saúde da Mulher, que vem surtindo em efeitos positivos na população local. Um aspecto que precisa ser melhorado é aumentar o número de mulheres acompanhadas na UBS para a prevenção desse câncer (46%). Isso pode ser feito dando continuidade às medidas de incentivo populacional por parte de todos os profissionais da Unidade. Para impedir que aquelas mulheres com alteração ao exame percam o seguimento, devemos primeiramente esclarecer e orientar sobre o seu caso, tentando sanar as suas dúvidas e tranquilizá-la, ao mesmo tempo em que ela é informada da importância desse acompanhamento. Idealmente, o número de vagas para profissionais especializados deve ser aumentado, visando facilitar o acesso daqueles usuários que precisam ser encaminhadas. E para aquelas usuárias que serão acompanhadas

na própria Unidade, devemos garantir um ambiente adequado para a coleta da amostra, material de trabalho adequado e rápida resposta no resultado dos exames.

O câncer de mama, no quesito prevenção, encontra-se em situação pior à do câncer de colo. Apenas um terço do número estimado de mulheres na região faz o acompanhamento na UBS para esse tipo de prevenção (31%). A qualidade desse controle também está comprometido, isso causado principalmente pela longa espera na marcação do exame mamográfico. Os outros quesitos, menos dependentes de fatores externos à UBS, estão sendo realizados a contento. Como ponto negativo, devemos apontar a infeliz cultura entre os profissionais de saúde e gestores de não direcionar a esse controle a atenção necessária; esse aspecto vem sendo corrigido nos últimos meses. Para garantir o adequado acompanhamento dessa mulheres, temos que dar continuidade ao processo de mudança no pensamento dos profissionais, de modo que eles solicitem a mamografia de rastreamento quando houver indicação, além de incentivar a população a adotar medidas de prevenção e a usar o serviço de saúde sempre que julgar necessário. O gestor deve ainda garantir a realização dos exames solicitados em um tempo menor e garantir o seguimento daquelas usuárias encaminhadas para acompanhamento especializado.

O número de usuários diagnosticados com HAS e que, em algum momento, se submeteram ao acompanhamento na nossa Unidade encontra-se bastante reduzido (35%). Essa sub-notificação se deve provavelmente à falha no diagnóstico da hipertensão. Dentre esses usuários já diagnosticados com hipertensão, observamos também números preocupantes quanto ao seu acompanhamento na UBS: aproximadamente 59% deles fazem o acompanhamento. Apesar de não utilizarmos um sistema de marcação prévio para as consultas (elas são agendadas no início da semana para todos os usuários), aqueles que procuram os nossos serviços têm o seu risco cardiovascular adequadamente estratificado, orientações quanto à prática de atividade física e nutricional (59%), solicitação dos exames (34%) seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS) e avaliação da saúde bucal (59%). Um problema que encontramos é a demora na realização dos exames solicitados, fruto da saturação do laboratório local. Para ampliarmos a cobertura entre os hipertensos primeiramente devemos objetivar o seu diagnóstico precoce. Medidas como a aferição da pressão arterial (PA) em todos os usuários que vão ser consultados na UBS (qualquer que seja o motivo) já são realizadas. Além disso, devemos aumentar a frequência de eventos voltados para a HAS, com medida da

PA e orientações gerais dirigidas à população sobre adoção de hábitos saudáveis antes mesmo do surgimento da doença. Devemos ainda estimular a população que se julga saudável a visitar a Unidade com uma frequência maior.

Em relação aos diabéticos, encontramos uma realidade semelhante àquela citada acima. O número de usuários diagnosticados com DM é menor do que o esperado (35%). A justificativa mais óbvia que encontramos para tal quadro é o sub-diagnóstico desses usuários. Temos então uma cobertura inadequada dessa doença. Em relação ao acompanhamento daqueles usuários já diagnosticados, temos uma proporção parecida com a dos usuários com HAS: pouco mais da metade (59%) faz um acompanhamento regular na Unidade. Desses, todos são submetidos a avaliação física, além de serem solicitados os exames complementares (34%) seguindo a orientação do MS. A medida da sensibilidade dos pés não é adequadamente realizado, pois não contamos com todo o instrumental necessário. Para ampliarmos a cobertura dos usuários com DM, devemos primeiramente estimular a adoção de hábitos saudáveis como medida de prevenção; devemos também realizar os exames de rastreio em toda a população, seguindo as recomendações vigentes. Para isso, a oferta de exames laboratoriais deve ser aumentada, levando-se em conta que ela não tem sido suficientes nem para cobrir os usuários que já estão em acompanhamento. A população deve permanentemente ser estimulada a procurar a UBS para a realização de consultas de rotina, ainda que o usuário não apresente nenhuma queixa específica. Os sintomas iniciais do Diabetes devem ser descritos a todos, para que as alterações sejam detectadas precocemente. E para melhorar a qualidade da atenção, a UBS precisa de material adequado para a realização das avaliações de rotina, além do estímulo àqueles já diagnosticados a aumentarem a assiduidade das idas à UBS.

O acompanhamento da saúde no idoso na nossa UBS ainda apresenta falhas e precisa ser melhorado. Apenas metade dos idosos (55%) cadastrados fazem acompanhamento regular com a ESF; para justificar essa falha temos a dificuldade de acesso e de transporte para os idosos com problemas de locomoção, a irregularidade das visitas domiciliares (falta de transporte para a Equipe, falta de material para procedimentos, etc.) e a resistência ainda comum de alguns usuários em ir à UBS. Os usuários não possuem uma caderneta específica para o idoso – a maioria são acompanhados por HAS ou DM, sendo usadas cadernetas para essas duas entidades – e eles não são submetidos à Avaliação Multidimensional Rápida

(AMR). Os demais indicadores estão adequados na quase totalidade dos usuários que procuram os nossos serviços. Para melhorarmos a atenção direcionada ao idoso na Unidade, inicialmente deve ser facilitado o acesso ao local, tanto pelo oferecimento de transporte público de qualidade como pela adequação da estrutura física. Deve também haver um comprometimento do gestor em relação à importância das visitas domiciliares, para que seja oferecido transporte e material adequadamente. A ESF deve continuar se empenhando em atrair para a Unidade os idosos, mesmo que não sejam acompanhados por doenças específicas; isso também pode ser feito aumentando a frequência das atividades lúdicas e/ou prática de atividade física direcionadas aos usuários nessa faixa etária. E finalmente, devemos sempre tentar facilitar o cumprimento das condutas que são adotadas na Unidade, como a realização de exames complementares em tempo hábil e o adequado segmento dos usuários encaminhados para outros profissionais.

Ao concluir este relatório, eu chego à conclusão de que apesar das nossas dificuldades, a equipe apresenta um objetivo comum de prestar o melhor serviço possível à população. A maior dificuldade que encontramos é a já citada sobrecarga de todos os profissionais, o que tem nos feito dar mais atenção às atividades de assistência em relação às atividades de prevenção.

1.3 Comentário Comparativo entre o texto inicial e a análise situacional

Após essas semanas iniciais de ambientação, foi possível perceber os erros e acertos naquilo que foi percebido inicialmente na Unidade.

A inadequação na estrutura vai além do aspecto descuidado das paredes. A estrutura geral está inadequada, pois, como foi relatado, é a adaptação de um prédio antigo para funcionar como UBS. Começando pelo ambiente de espera, que é uma adaptação de corredores. Dos três banheiros da Unidade, apenas um funciona, sendo ele compartilhado por usuários e funcionários, de ambos os sexos. As paredes são cobertas por azulejos, as luzes queimadas demoram para ser trocadas, algumas portas não fecham, não há rampa para acesso na entrada e nos consultórios e até a mesa de exame está quebrada. De ponto positivo, sabemos que

o prédio, por ser amplo e bem localizado, pode passar por adaptações e tornar-se adequado e até confortável para a população e para os funcionários.

A equipe está completa, e todos os profissionais trabalham 32 horas por semana, pois uma lei municipal estabeleceu como sendo essa a sua carga horária. O médico trabalha 32 horas semanais e completa as 40 horas com mais 8 horas semanais de atividade teórica. Mesmo assim, a ocorrência de filas para as marcações e a espera para o atendimento são gritantes. Impera na equipe o desânimo, seja pela falta constante de materiais e medicamentos, seja pelo excesso de demanda a qual somos submetidos. Outro problema que agrava ainda mais a nossa demanda reprimida é a decadência recente do Hospital Regional. Seguindo o modelo que vem acontecendo em outros centros populacionais do estado do Rio Grande do Norte, a administração estadual vem centralizando alguns serviços de saúde, em uma atitude de retrocesso ante as características fundamentais do SUS. Um dos serviços que sofreu com essa centralização foi justamente o Hospital Regional de Canguaretama, prejudicando os seus habitantes e os das cidades vizinhas de menor porte. Prejudicando inclusive a população do Piquiri.

O gestor municipal parece seguir o modelo caricato da administração pública no Brasil: excesso de promessas com indisponibilidade para cumpri-las. A demora para a realização de exames e o seguimento de encaminhamentos para especialistas são problemas crônicos. Até mesmo a reposição de material e o fornecimento de medicações é feito a passos demorados. As solicitações feitas pelo atual médico da equipe não tem surtido efeitos positivos, nem acredito – aqui me baseio no preconceito vigente contra os nossos administradores – que elas serão atendidas.

Os programas funcionam para um bom número de usuários. O HIPERDIA, o pré-natal e a puericultura conseguem atrair a maior parte daqueles que estão respectivamente incluídos. Os problemas encontrados com esses grupos de usuários são os já citados acima: exames, encaminhamentos, medicações, etc. A Unidade não tem transporte fixo, o que torna imprevisível a ocorrência das visitas domiciliares. Infelizmente a distância não permite que sejam realizadas visitas domiciliares a pé, pois a Unidade está localizada no interior da área da Unidade vizinha. Apenas a área de uma ACS, cuja área está localizada a aproximadamente 500 metros da Unidade, recebe visitas sem a necessidade do transporte. Além disso, não há um programa específico para o acompanhamento dos idosos: aqueles

idosos que costumam frequentar a Unidade são hipertensos e/ou diabéticos. O cronograma semanal, que havia sido estabelecido na primeira semana de trabalho do médico, fruto da reunião deste com os demais integrantes da equipe, não vem sendo cumprido. A demanda excessiva para os atendimentos gerais (inclusive os atendimentos de demanda espontânea) vem sufocando os usuários que deveriam ser atendidos pelos programas.

No geral, o serviço de atenção básica que a população do Piquiri recebe ainda tem muito a ser melhorado, pelos motivos supracitados. E o senso comum diz que essa melhora só será conseguida através do trabalho árduo fruto da união da população, da equipe multiprofissional e dos gestores; e não apenas pela simples presença do profissional médico, idéia que vem sendo erroneamente disseminada em nosso país.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O adequado acompanhamento da Saúde do Idoso vem mostrando uma importância ascendente nos serviços de saúde público e privado no Brasil. Isso se deve principalmente à mudança demográfica, com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida observados nas últimas décadas. O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006).

Essa alteração no perfil populacional acarreta também em mudanças no perfil epidemiológico, sendo observado um crescimento nas doenças crônico-degenerativas e de neoplasias. Faz-se então necessária uma mudança eficaz no sistema de saúde, de modo que este se torne adequado para as novas demandas.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006).

Para garantir a qualidade da atenção para esse grupo de usuários, as adaptações devem começar já a partir do acolhimento. O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2012a).

É função da Atenção Básica garantir o acesso ao atendimento necessário e adequado às suas especificações, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012b).

Na UBS em que será aplicado o projeto, o número de pessoas com mais de 60 anos residentes na área é de 389, dos quais 296 idosos fazem acompanhamento periódico na UBS (adesão de 76%). Na nossa Unidade, ainda não é utilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nem é realizada a Avaliação Multidimensional Rápida. Observamos ainda o acompanhamento rotineiro de 55% dos idosos; estes são avaliados quanto ao seu risco para morbimortalidade, investigados quanto à presença de indicadores de fragilização da velhice e orientados quanto à uma nutrição saudável. Aproximadamente 25% dos usuários recebem orientação para a realização de atividade física regular e estão em dia com a avaliação da saúde bucal. Os usuários diagnosticados com hipertensão e/ou diabetes são adequadamente encaminhados para os seus respectivos programas de acompanhamento. Como base para a aplicação da intervenção, será usado o Número 19 dos Cadernos de Atenção Básica, cujo título é Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Apesar de a maioria dos idosos frequentarem periodicamente a Unidade, ainda não há um programa sistematizado para uniformizar e avaliar a qualidade desse acompanhamento. Toda a equipe tem ciência da importância da saúde do idoso com indicador da qualidade do serviço de saúde e os seus integrantes são sensíveis quanto à constante necessidade de melhoramentos que esse cuidado deve ter. A UBS, no entanto, conta com algumas limitações importantes: inadequação física para acolher confortavelmente os usuários, constante falta de transporte e material necessários para a realização de visitas domiciliares, sobrecarga dos integrantes da equipe, dificuldade na realização de exames complementares e no agendamento de consultas com especialistas. A equipe tem ciência da importância da melhoria no atendimento para esse grupamento da população e, conseqüentemente, da importância da execução dessa intervenção. Todos os componentes da equipe, inclusive o médico, já estão habituados a lidar com o idoso nas atividades cotidianas da UBS, mas todos precisam ser melhorados nas especificações desse tipo de atendimento (como busca de fatores de risco, realização da AMR, avaliação da rede social, etc.). A Unidade apresenta ainda algumas falhas, como inexistência de um ambiente confortável para a espera de consultas, demanda agendada maior do que a disponibilizada, constante falta de material e de transporte para a realização da visita domiciliar, dentre outros. O gestor tem conhecimento das condições em que são oferecidas o atendimento ao

idoso e são permanentemente interpelados quanto àquilo que deve ser melhorado, mas não acredito que seja direcionada a esse grupo alguma forma de atenção especial.

Essa intervenção voltada para a saúde do idoso pode trazer para a Unidade essa sistematização do atendimento que não existe atualmente. Uma das principais consequências seria melhorar o atendimento dos idosos que já freqüentam a Unidade, ampliando a visão do acompanhamento e a busca de fatores de risco e de fragilidades; além da busca dos usuários que não fazem acompanhamento periódico na UBS, dos necessitam de acompanhamento domiciliar e do diagnóstico precoce de HAS e DM.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do acompanhamento de idosos;
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
4. Melhorar os registros das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Referente ao objetivo 1 de ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos, temos como metas:

- Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Básica de Saúde para 80%;
- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Referente ao objetivo 2 de melhorar a adesão dos idosos aos programa de atenção à saúde do idosos, temos como metas:

- Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados e com dificuldade de locomoção;
- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Referente ao objetivo 3 de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, temos como metas:

- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- 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 03 meses para diabéticos;
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos;
- Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;
- Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados;
- Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Referente ao objetivo 4 de melhorar o registro das informações, temos como metas:

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;
- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Referente ao objetivo 5 de mapear os idosos de risco da área de abrangência, temos como metas:

- Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
- Avaliar a rede social de 100% dos idosos;
- Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Referente ao objetivo 6 de promover a saúde, temos como metas:

- Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos;
- Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica;
- Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses na Unidade Básica de Saúde Piquiri II, no município de Canguaretama, RN. Está prevista a participação na intervenção de, pelo menos 311 dos 389 idosos residentes na área de abrangência. O cadastrados será realizado em de todos os idosos que forem atendidos no período da intervenção, ao longo das 12 semanas. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Pessoa Idosa (19º Caderno de Atenção Básica), Brasília 2006.

2.3.1 Detalhamento das Ações

2.3.1.1 Eixo 1: Monitoramento e avaliação

O monitoramento da cobertura dos idosos da área será realizado semanalmente a partir do preenchimento das planilhas de coleta de dados fornecida pela UFPel, ficha espelho também da UFPel e da ficha do prontuário já utilizada na UBS. A partir do preenchimento será avaliada a cobertura. Uma vez por mês será feita uma revisão geral para avaliar o andamento do projeto e assim, avaliado se a periodicidade das consultas está seguindo a recomendação vigente do MS. Será também distribuída a Caderneta da Pessoa Idosa para cada um dos idosos acompanhados pelo programa, a qual será preenchida pelo profissional em cada contato que ele tiver com o usuário.

A lista dos idosos acamados e/ou com dificuldade de locomoção será atualizada, por cada ACS. A elaboração dessa lista possibilitará a monitoramento das visitas domiciliares, indicado com propriedade os usuários com prioridade na indicação. Auxiliando nessa monitoramento, o preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

O rastreio de HAS será feita em todos os idosos através da medida da PA em todos os usuários acolhidos na UBS ou que forem visitados. A partir dessa medida inicial, o rastreio seguindo a conduta indicada para cada caso. Do mesmo modo, será feito o rastreio para DM em todos os usuários já diagnosticados com HAS, através da medida da glicemia capilar e dos exames laboratoriais seguindo a sua indicação.

Todos os idosos atendidos serão encaminhados para o serviço de odontologia, seja para a realização da primeira consulta, seja para dar continuidade a tratamentos que já tenham sido iniciados.

Visando melhorar a qualidade do serviço oferecido, serão usadas as informações registradas na ficha espelho, na planilha de coleta de dados e no prontuário clínico para garantir a realização da AMR da pessoa idosa (com

freqüência mínima anual), a realização de exame clínico apropriado em todas as consultas para todos os idosos, solicitar exames laboratoriais de acordo com a indicação e freqüência de cada caso para todos os usuários com diagnóstico de HAS e DM e, finalmente, certificar o acesso a medicação prescrita na farmácia do município e/ou na Farmácia Popular. Outros dados que serão oferecidos pelas fichas preenchidas serão: o número de idosos com maior risco de morbimortalidade identificados na área, com indicadores de fragilização na velhice, com classificação de alto risco e com rede social deficiente.

As ações de promoção de saúde também serão registradas nas fichas, tais como: a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para a realização de atividade física regular e para os cuidados com a higiene oral.

2.3.1.2 Eixo 2: Organização e gestão do serviço

Todos os idosos serão acolhidos pela equipe de saúde. Serão cadastrados todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde após levantamento da população idosa residente na área pelos ACS, para posterior atualização das informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Dentre esse idosos cadastrados, também estão incluídos aqueles acamados e/ou com dificuldade de locomoção. Seguindo a sequência de prioridades, será organizada a agenda de visitas domiciliares. No caso dos usuários que faltarem a consulta agendada, será feita uma busca do caso e, se indicado, encaminhado para a realização de visita domiciliar.

Será solicitado ao gestor a manutenção dos equipamentos para a medida da PA, do fornecimento do material para a realização do hemoglicoteste na própria UBS, bem como os equipamentos necessários para a aplicação da AMR, a realização em tempo hábil dos exames complementares solicitados e o fornecimento da medicação prescrita à população.

2.3.1.3 Eixo 3: Engajamento público

Será realizada uma palestra inicial para a comunidade para esclarecimentos iniciais, apresentando-lhes o projeto, detalhando-o e demonstrando as ações que serão desenvolvidas, explicando sua importância. Será também explicado à população o porquê das facilidades oferecidas no atendimento da pessoa idosa. Durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica as orientações serão reforçadas e os agentes de saúde serão orientados para repassar as informações.

A população também será informada sobre os casos em que devem solicitar visita domiciliar, sobre a importância das atividades de rastreamento para hipertensos e diabéticos, além da realização dos exames complementares solicitados e do seguimento das orientações dada pelos profissionais de saúde da UBS (tais como uso adequado da medicação, adoção de hábitos saudáveis como alimentação adequada e prática regular de atividade física).

2.3.1.4 Eixo 4: Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada durante as reuniões semanais da equipe com discussão sobre o programa do idoso e como cada um deve exercer sua função.

A equipe será capacitada para o acolhimento aos idosos, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Os ACS serão capacitados para a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda a área de abrangência. Eles serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar desses idosos, e orientados para o reconhecimento dos casos de idosos que não se encaixam neste grupo que necessitam de visita domiciliar.

Os profissionais também serão capacitados quanto ao rastreamento de HAS e DM dos usuários, conforme a indicação individual, para a realização da AMR da pessoa idosa, para a realização do exame clínico apropriado, para a adequada solicitação de exames complementares, para o preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa, para a busca de fatores de risco para morbimortalidade, para a identificação e

registro dos indicadores de fragilização e para a avaliação da rede social.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas.

Indicador 1.2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 1.3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para HAS.

Indicador 1.4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

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

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

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior que 135/80mmHg para DM.

Indicador 1.5: 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.

Meta 1.6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 1.6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

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

Meta 1.7: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Indicador 1.7: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 2.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 2.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.
Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 3.1: Realizar AMR de 100% dos idosos da área de abrangência utilizado como modelo a proposta de avaliação do MS.

Indicador 3.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo o exame físico dos pés.

Indicador 3.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

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

Meta 3.3: Realizar solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 3.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 3.4: Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

Indicadores 3.4: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

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

Meta 3.5: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 3.5: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 3.6: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 3.6: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

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

Meta 3.7: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador 3.7: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações.

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

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

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

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

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

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

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

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

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

Meta 5.1: Rastrear 100% dos idosos para risco de morbimortalidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Meta 5.4: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador 5.4: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Objetivo 6: Promover a saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 6.3: Garantir orientação individual sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica.

Indicador 6.3: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta: 6.4: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.4: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

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

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

2.3.3 Logística

Na realização do projeto de intervenção visando a saúde do idoso, será utilizado o 19º número dos Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, publicação de Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Como o município não conta com uma ficha específica para o registro do atendimento ao idoso, será utilizada a ficha-espelho oferecida como base pela especialização; já que ela atende os objetivos e metas planejados para a intervenção. O controle dos atendimentos será feito semanalmente pelo médico na ficha de Coleta de Dados, também oferecida pela especialização. A partir dos dados relatados nessa ficha, obteremos informações sobre a adequação ou não do atendimento na Unidade. Os casos de atrasos na realização de consulta, realização de exames e encaminhamentos serão colocados em destaque na ficha de Coleta de Dados, para que seja dada a devida prioridade a cada caso.

As ações para monitorar e avaliar o serviço será feito através de um balanço da situação atual dos usuários da Unidade, com a atualização do número de usuários idosos, a quantidade daqueles que têm indicação de realização de visita domiciliar e o número total de idosos que faz acompanhamento rotineiro na UBS. Através da planilha de coleta de dados, o médico quantificará o número de idosos que é submetido ao rastreamento para HAS e DM, aqueles que estão fazendo acompanhamento com a odontologia, o cumprimento dos prazos na realização das consultas e dos retornos, o número de usuários que foi submetido aAMR e aqueles usuários que tiveram exames complementares solicitados e apresentados. Será feito o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a qual será solicitada a cada consulta por cada profissional da Unidade. A atualização e resumo

de cada um desses dados será feito na ficha Coleta de Dados. A orientação nutricional e para a realização de atividade física será feita em cada consulta, além das reuniões de frequência mensal com os idosos, da comunidade; a sua avaliação será feita ao final de cada atividade, em uma roda de diálogo entre os usuários e os profissionais que realizaram a intervenção.

Para a adequada organização e gestão do serviço, objetivamos inicialmente acolher o máximo de idosos possível que procurarem a Unidade. Para isso, 25% das fichas diárias de atendimento serão reservadas para esse grupo de usuários. A partir do registro atualizado dos idosos da área, será feita uma lista de prioridade para aqueles usuários com dificuldade de locomoção com indicação de visita domiciliar. Será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde o fornecimento e a manutenção de material como tensiômetro, glicosímetro, balança, fita métrica, cópias da ficha espelho e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Ao final de cada mês, será feita uma busca na ficha de controle mensal daqueles usuários que não compareceram à Unidade – seja para a realização de consulta, para a entrega ou solicitação de exames, ou para as avaliações rotineiras de saúde bucal, rastreamento de HAS e DM, etc. – sendo organizada uma busca pelo Agente na casa do usuário para justificar a falta e avaliar se há necessidade de visita domiciliar. Para a capacitação dos profissionais da equipe, será organizada uma reunião inicial com duração de um turno (quatro horas com intervalo) para a apresentação do projeto, definição da função de cada profissional na sua realização e capacitação no rastreamento de HAS e DM, na realização da Avaliação Multidimensional Rápida, na busca de indicadores de fragilidade da velhice, de fatores de morbimortalidade e na avaliação da rede social. Nessa reunião será definida a frequência da sua realização, com a sugestão inicial de que seja realizada a cada dois meses, mas levando em conta a real necessidade e disponibilidade da equipe.

Para que o engajamento público ocorra a contento, serão utilizadas várias frentes de trabalho para atrair os usuários dessa faixa etária para participarem do programa, além de fazerem visitas à Unidade em maior frequência. Primeiramente, os Agentes utilizarão o seu trabalho de campo como principal difusor do projeto de intervenção, esclarecendo a população sobre a necessidade das visitas regulares do idoso à UBS e as facilidades que dispõe para isso. Esse serviço de esclarecimento também será feito na própria Unidade, de forma rotineira, por todos os profissionais

3. Relatório de Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

O nosso projeto de intervenção focando na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa foi iniciado há 12 semanas e agora está na hora de ser avaliado. Inicialmente, foram estabelecidas algumas metas que serão aqui analisadas.

Tínhamos a proposta inicial de sistematizar o acompanhamento na UBS de 80% dos 389 idosos residentes na nossa área de abrangência. O percentual atingido foi de apenas 21,9%, um valor muito abaixo do esperado. Apesar de termos aumentando o número de visitas domiciliares programadas por semana, conferido benefícios para a marcação de consultas e o atendimento aos idosos na própria Unidade e estímulo por parte dos profissionais, essa meta não foi atingida. Observamos, contudo um aumento considerável na proporção de idosos atendidos por mês na Unidade, mas esse aumento não foi o bastante para atingir a meta estipulada inicialmente. Já o atendimento domiciliar de idosos acamados e/ou com problemas de locomoção foi animador; apesar de não termos atingido os 100% planejados inicialmente, atingimos o valor de 81,2% de idosos visitados. Esse valor deve ser comemorado, levando-se em conta a freqüente dificuldade que temos com o transporte para os profissionais e as freqüentes interrupções às visitas devido à necessidade de observação dos usuários na própria Unidade.

Conforme programado inicialmente, todos os usuários atendidos tiveram a sua PA verificada. Dentre os hipertensos, quase que a totalidade (97%) foram rastreados para diabetes. Observamos também bons resultados na proporção de idosos submetidos à Avaliação Multidimensional Rápida (91,8%), ao exame clínico apropriado (100%), à solicitação de exames complementares em idosos hipertensos e/ou diabéticos (100%), ao acesso à medicação prescrita (83,5%), à avaliação de risco para morbimortalidade (98,8%), à avaliação para a fragilização na velhice (100%), à avaliação da rede social (100%), à orientação nutricional (98,8%) e sobre a prática de atividade física regular (68,2%) (neste último grupo, foram excluídos os usuários acamados e/ou com dificuldade de locomoção, daí a proporção um pouco reduzida).

100% dos idosos foram adequadamente registrados tanto na ficha espelho como na planilha de coleta de dados, enquanto que o registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa não passou de zero.

Em relação às atividades que foram programadas no cronograma, também observamos resultados geralmente positivos. O estabelecimento da função de cada profissional e a capacitação desses foi feita logo no início da intervenção, na primeira semana. Observamos apoio e participação iniciais dos ACS, da enfermeira e da técnica de enfermagem. Os idosos foram continuamente cadastrados ao longo das semanas de intervenção (na ficha espelho e na planilha de coleta de dados), sendo também atualizado esse cadastro mensalmente. As atividades de promoção à saúde foi continuamente feito, principalmente no momento da consulta e nas atividades de campo dos ACS; estes também aproveitaram esse momento para estimular a ida dos usuários à UBS. Dentre essas atividades de promoção realizadas, temos principalmente o estímulo à adoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividades físicas. O contato com a estação de rádio local também serviu como estímulo para que os idosos fossem à Unidade com maior regularidade. A monitorização foi feita semanalmente – através dos diários de intervenção – e mensalmente – através das análises parciais que nos era proposto fazer pelo curso de especialização.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

O atendimento odontológico (incluindo aqui a primeira consulta, a visita domiciliar, o tratamento concluído, a avaliação de alterações na mucosa oral, a avaliação da necessidade de prótese bucal, a avaliação de risco em saúde bucal, a orientação individual de cuidados de saúde bucal e a participação em ações coletivas de educação em saúde bucal), não foi incluído no programa, de modo que os seus índices foram insignificantes, quando não foram nulos. Isso ocorreu porque a equipe de odontologia não se comprometeu em fornecer os dados necessários para preencher a planilha de coleta de dados.

A busca ativa de usuários faltosos foi estimulada, principalmente em conjunto com os ACS, mas só foi conseguida em 50% dos casos. Essa foi uma falha

da equipe, sendo o principal culpado o médico por não ter cobrado dos respectivos ACS a justificativa de cada uma dessas faltas. As Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, solicitadas previamente ao gestor não foram cedidas, e ainda não têm previsão de chegada.

As reuniões de promoção à saúde previstas no cronograma não puderam ser realizadas. O impedimento inicial foi o período de festas de fim de ano, período programado para a realização da intervenção, o que deixou irregular as atividades de rotina da UBS. No começo do ano, nos deparamos com a “falência” do pronto-socorro municipal. O atendimento por demanda espontânea se tornou tão expressivo que fomos forçados a diminuir os atendimentos aos usuários de demanda agendada, comprometendo não apenas as atividades do projeto, como também o serviço de atenção básica como um todo que deveria ser realizado pela nossa equipe.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Como o modelo de ficha-espelho e a planilha de coleta de dados fornecidas pelo curso de especialização eram didáticas e de fácil aplicação, não apresentamos dificuldade no seu preenchimento nem na coleta de dados. Além disso, a tabela de indicadores foi completamente compreendida, bem como o significado de cada indicador. Os dados que seriam fornecidos pela odontologia não estão acessíveis. Apesar do modelo de ficha espelho específico para essas informações, os profissionais de saúde bucal não se comprometeram em participar dessa coleta de dados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Ao concluirmos que a qualidade no atendimento teve um crescimento mais expressivo do que a quantidade do atendimento, e que tivemos um resultado geral positivo, acreditamos que é válido permanecer com as ações do projeto na rotina da

Unidade. Um ponto que deve ser melhorado é o esclarecimento à população quanto à necessidade de atendimento prioritário para esse grupamento de usuários. Além disso, devemos continuar com junto ao gestor exigindo a adequado funcionamento do pronto-socorro, para que as ações de atenção básica possam ser exercidas com o máximo de qualidade possível na UBS.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A nossa Unidade tem um total de 389 idosos adscritos. Destes, estabelecemos como meta inicial o cadastro de 80% no programa. Durante os três meses de intervenção, não conseguimos atingir essa meta. No primeiro mês foram cadastrados 42 idosos (10,8%), no segundo mês esse número subiu para 61 (15,7%), chegando ao número de 85 idosos ao final da intervenção, uma porcentagem de 21,9%, muito distante dos 80% inicialmente propostos (veja a Figura 1).

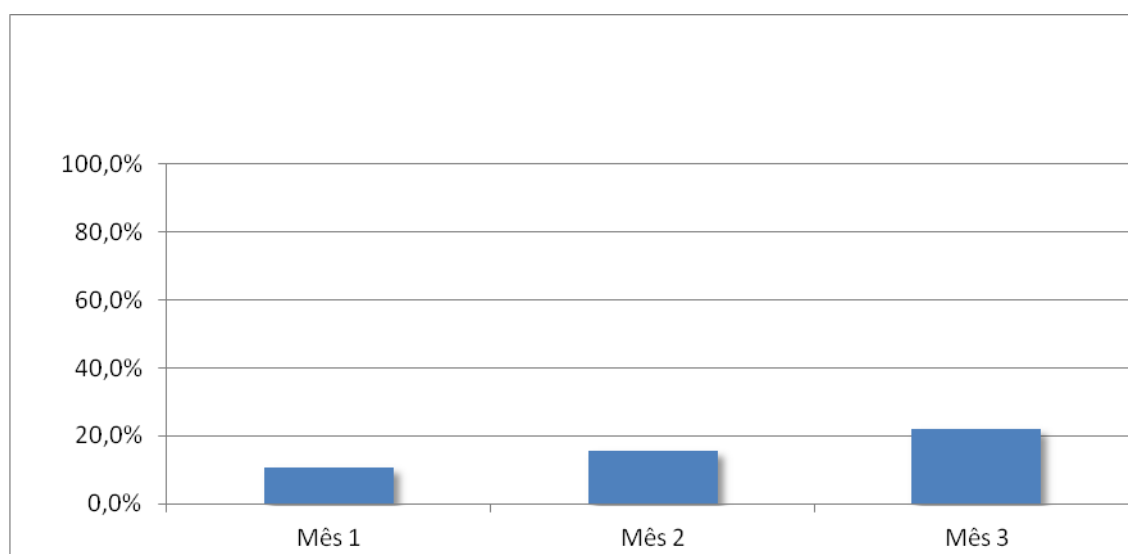


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

Apesar de esse valor ter ficado muito abaixo do inicialmente planejado, o resultado não é de todo desanimador. Primeiramente, foi observado um aumento expressivo na qualidade do atendimento prestado à pessoa idosa. Outro fato observado foi o aumento real no número total de idosos atendidos mensalmente; a proporção média de atendimentos em relação às outras faixas etárias subiu de 13,2% em outubro para 20,2% em janeiro, respectivamente o mês anterior à

implementação do programa e o último mês da intervenção. Desse modo, podemos afirmar que, como a manutenção da atividade, a meta de 80% pode ser atingida.

Como fatores limitantes, tivemos a própria negativa dos usuários em comparecer à UBS. A grande maioria daqueles que foram às Unidades tem algum diagnóstico, geralmente HAS ou DM. Além dos usuários já diagnosticados que se recusam a fazer o acompanhamento regular na Unidade, temos um grande número de idosos saudáveis ou com diagnóstico ainda não estabelecido que julgam desnecessária a sua ida regular à Unidade.

Inicialmente objetivamos o cadastro de 100% dos idosos acamados. Levando-se em consideração o valor estimado de usuários com essa classificação, no primeiro mês fizemos o cadastro de 10 idosos (35,3%), valor que subiu para 15 (53,0%) no segundo mês e para 23 (81,2%) no terceiro mês (veja a Figura 2). Apesar de não termos atingido a meta inicial, esse resultado deve ser comemorado. A visita domiciliar historicamente é um ponto com muitas dificuldades no serviço de atenção básica no Piquiri e não existia um cadastro oficial desses idosos, nem uma atualização sistemática desse cadastro. Faltas constantes no transporte para a equipe e interrupção da visita por necessidade de atendimento de urgência têm sido os principais obstáculos. Para amenizar esses problemas, a equipe passou a realizar dois turnos semanais de visitas. Foi insistido junto ao gestor a manutenção do carro com disponibilidade para a Unidade e o adequado funcionamento do pronto-socorro municipal. Muitas solicitações ainda estão pendentes, mas a visita domiciliar é hoje realizada regularmente e estamos próximos de atingir os 100% de idosos cadastrados.

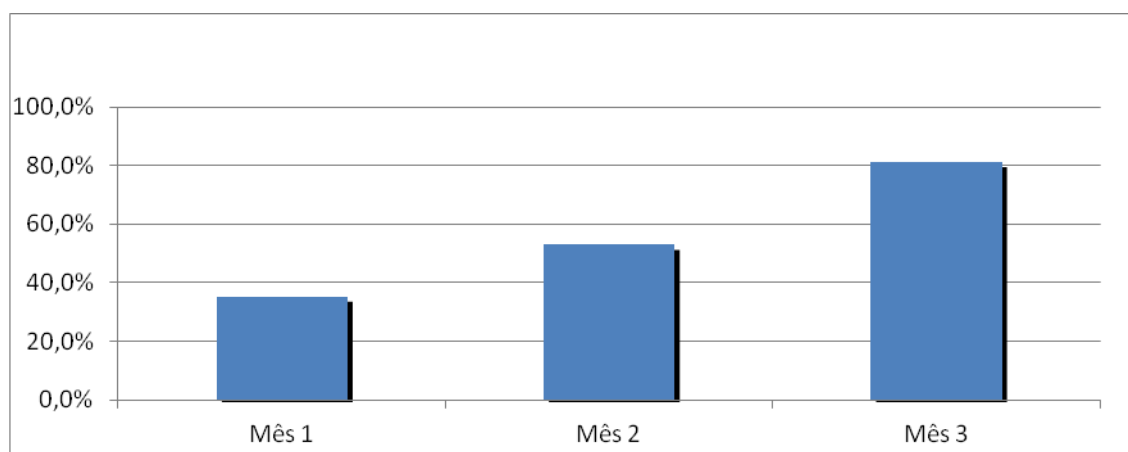


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados da UBS Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

A meta para o número de visitas domiciliar por idosos cadastrados também foi de 100%, e esta foi atingida. Observamos um erro no primeiro mês, em que além dos 10 usuários cadastrados, foram visitados também mais 2 idosos que não foram cadastrados como tendo necessidade de visita domiciliar; nesse mês a porcentagem foi então de 120%. Nos meses seguintes tivemos o valor adequadamente registrado: 15 acamados (100%) receberam visita no segundo mês e 23 acamados (100%) receberam visita no terceiro mês.

A proporção de idosos com verificação da PA foi atingida, sendo a meta inicial de 100%. No primeiro mês a PA foi aferida em 41 dos 42 usuários atendidos (97,6%), no segundo mês foi em todos os 61 idosos atendidos (100%) e no terceiro mês também todos os 85 idosos (100%) tiveram sua PA verificada.

O rastreio do diabetes para os usuários já com o diagnóstico de hipertensão ou com níveis sustentados da PA acima de 135/80mmHg deveria ser feito em 100% dos idosos. Essa meta também foi atingida. No primeiro mês foram rastreados 21 dos 21 idosos hipertensos atendidos (100%), no segundo mês foram 42 dos 42 idosos (100%) e no terceiro mês foram rastreados 64 dos 66 idosos (97,0%). Esses dois usuários que não foram rastreados no último mês se recusaram a testar a glicemia de jejum no momento da consulta, alegando que já tinham exames laboratoriais recentes.

O rastreio tanto da HAS como do DM foi conversado inicialmente com a equipe, de modo que as medidas fossem feitas em todos os usuários com as devidas indicações seguindo os critérios clínicos previamente estabelecidos. O cumprimento das duas últimas metas deveu-se à participação da equipe com presteza e qualidade.

Essa participação, no entanto não foi observada com a equipe de odontologia. Foram estabelecidas metas iniciais, tais como realizar a visita domiciliar em 100% dos idosos acamados, concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática, avaliar a necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica, realizar avaliação de risco da saúde bucal em 100% dos idosos e garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de prótese dentária) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica. Antes do início da intervenção, já tínhamos ciência de que esse registro não seria fornecido, além da

irregularidade do atendimento dos idosos, por limitações da equipe. No entanto, os usuários receberam a orientação de também fazerem a primeira consulta odontológica e foram orientados individualmente sobre cuidados com a higiene bucal. Um dos poucos itens que relacionado à odontologia que figurou nos nossos resultados foi a avaliação de alterações na mucosa bucal, cuja meta era que fosse feita em 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês, apenas 1 idoso (2,4%) foi avaliado, no segundo mês foram 2 idosos (3,3%) e no terceiro mês foram 2 idosos (2,4%) (veja a figura 3). Essa baixa proporção observada deve-se ao seguinte fato: os dados referem-se à avaliação feita pelo próprio médico; como este não se julga suficientemente capacitado para fazer essa avaliação e não foi pedido o auxílio da enfermeira nesse ponto, o exame da mucosa foi feito apenas nos idosos que relataram alguma queixa. Os demais, foram orientados à realizar visita regular à equipe de odontologia.

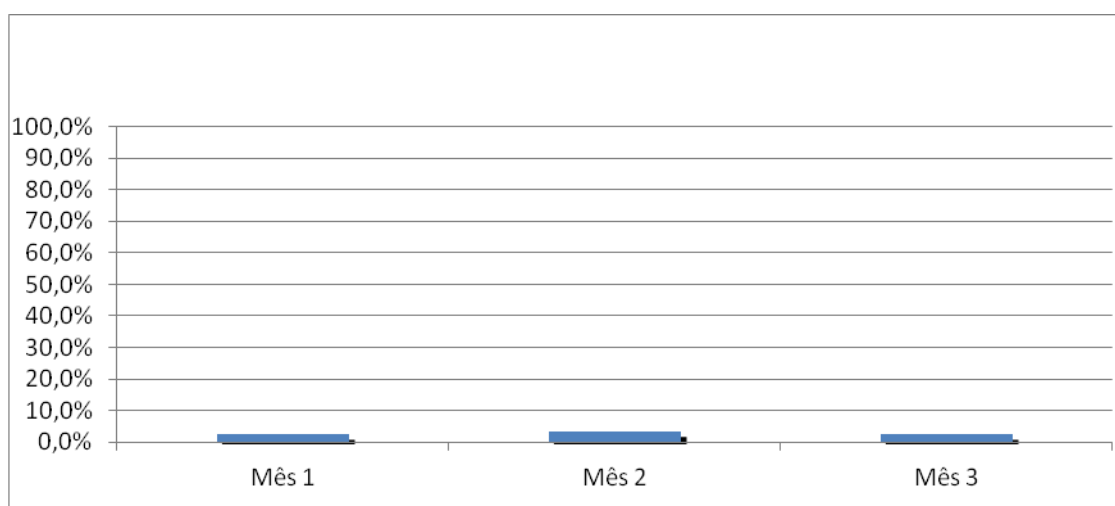


Figura 3: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

Foi estabelecida a meta inicial de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas agendadas. No primeiro mês não tivemos idosos faltosos. No segundo mês, dos 4 idosos que faltaram, 1 recebeu busca ativa (25,0%) e no terceiro mês 2 dos 4 idosos faltosos (50,0%) receberam busca ativa (veja a Figura 4). Dos dois idosos que não receberam a busca ativa, um foi por excesso de atividades no dia da falta e o outro foi porque não recebemos a resposta do ACS a tempo até a realização da análise do projeto.

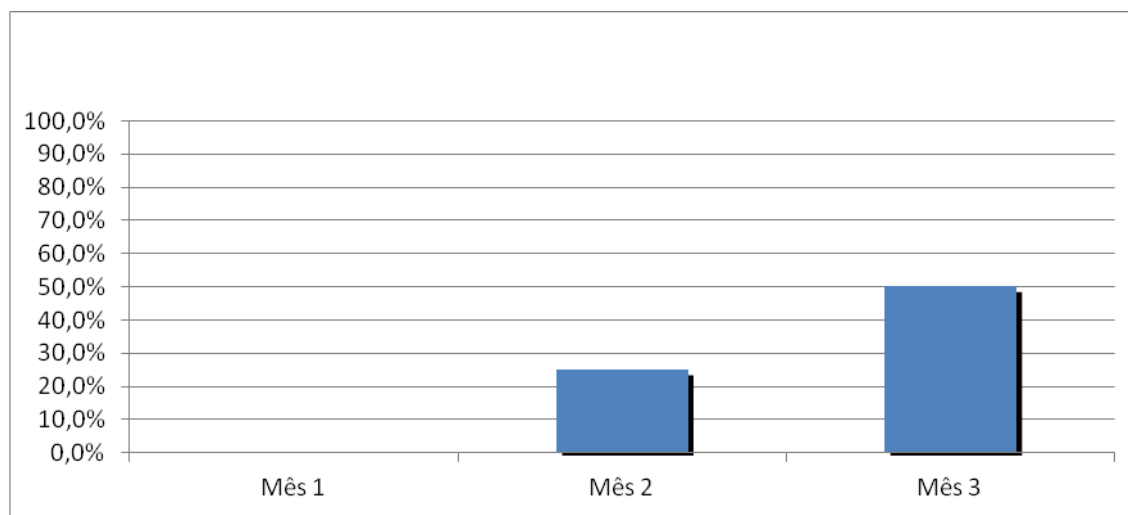


Figura 4: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

Em relação à realização da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) da pessoa idosa, foi estabelecida a meta inicial de 100% dos idosos cadastrados no programa, seguindo como modelo a proposta de avaliação do MS. No primeiro mês, 39 dos 42 idosos cadastrados (92,9%) foram avaliados, no segundo mês essa proporção foi de 59 dos 61 idosos (96,7%) e, finalmente, no terceiro mês, a proporção foi de 78 dos 85 idosos (91,8%) cadastrados. O problema que vínhamos apresentando previamente na UBS quanto ao tempo de consulta e o número elevado de atendimentos de urgência já vinha sendo convenientemente relatado nos diários de intervenção. Isso ameaçou comprometer a qualidade do atendimento destinado aos idosos, de modo que para que o projeto não fosse demasiado prejudicado, alguns usuários não foram submetidos à AMR. O critério utilizado era a situação diária nos ambientes de espera e de observação da nossa Unidade. Apesar de não termos atingido a meta, foi feito o máximo possível para que um número mínimo de usuários não fosse avaliado.

Foi estabelecido como meta que 100% dos usuários deveriam ser submetidos ao exame clínico apropriado (incluindo aqui o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além da medida da sensibilidade a cada três meses nos usuários diabéticos). Cabe aqui fazer uma ressalva: como não pudemos realizar o teste de sensibilidade adequado por falta de material, a sensibilidade foi avaliada por vias não previstas pela literatura – tais como o teste com algodão, gaze e agulhas de insulina. Para que o resultado não fosse nulo, desconsideramos esse detalhe no momento do registro correspondente à essa

avaliação. Enquanto isso, ainda aguardamos o fornecimento de monofilamento pelo gestor à UBS. No primeiro mês, 41 dos 42 idosos (97,6%) foram submetidos a exame clínico apropriado, no segundo mês foram 61 dos 61 idosos (100%) e no terceiro mês foram 85 dos 85 idosos (100%) atendidos.

A solicitação de exames periódicos para idosos com HAS e/ou DM conforme a rotina e o intervalo previstos pelo Ministério da Saúde figurava com a proporção de 100% na nossa meta inicial. A meta foi cumprida nos três meses de intervenção, de modo que a proporção foi sempre de 100%. No primeiro mês, os exames foram solicitados para os 34 usuários atendidos, no segundo mês foram solicitados para 49 idosos e, no terceiro mês, 69 idosos. A sistematização nessa solicitação é algo que já acontecia de praxe na nossa Unidade. Devido a isso, conseguimos atingir essa meta sem maiores dificuldades.

O acesso aos medicamentos prescritos deveria estar presente em 100% dos idosos cadastrados no programa, conforme a meta estabelecida inicialmente. Observamos que no primeiro mês 38 dos 42 usuários (90,5%) estavam com acesso adequado aos medicamentos prescritos. No segundo mês o acesso foi verificado em 53 dos 61 idosos (86,9%) cadastrados no programa. Finalmente, temos que no terceiro mês o acesso foi possível para 71 dos 85 idosos (83,5%) (veja a Figura 5). Nesse período, foi instalado na Unidade um posto de liberação de medicamentos, o que beneficiou muito a população adscrita. Esse benefício foi sentido logo no primeiro mês, quando a proporção já foi alta. A queda observada deveu-se principalmente às faltas contates no estoque de insulina e nas agulhas de aplicação, além de alguns casos menos numerosos de medicações anti-hipertensivas que são prescritas com frequência menor e que, por isso, não são fornecidas pelo gestor.

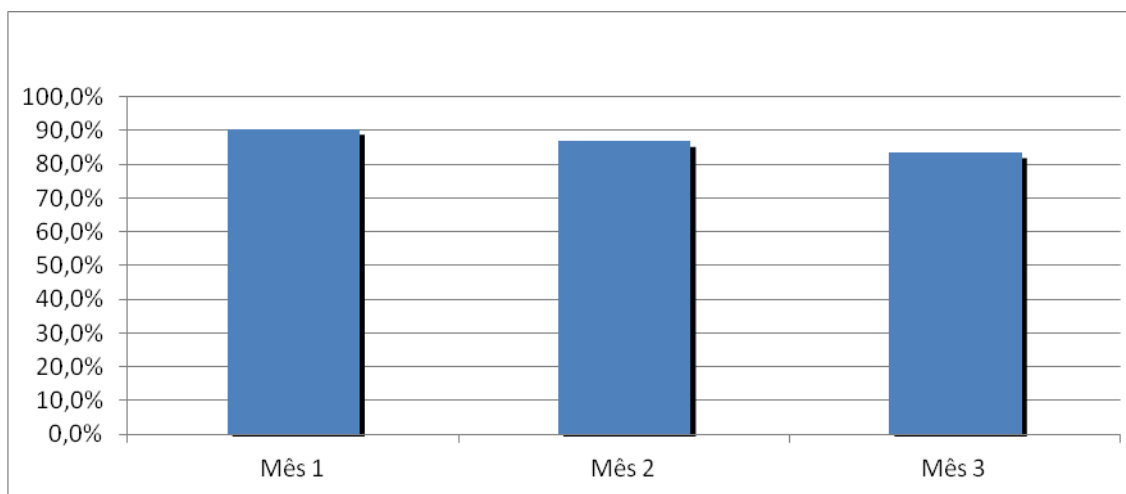


Figura 5: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

A meta para o registro na ficha espelho inicialmente estabelecida também foi de 100%. Nesse ponto, conseguimos atingir a meta nas 12 semanas de intervenção. No primeiro mês tivemos registrados 42 idosos (100%), no segundo mês foram 61 idosos (100%) e no terceiro mês foram 85 (100%).

Ao contrário, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que fora solicitada antes do início da intervenção, não foi cedida pelo gestor. Desse modo, a meta de fazer o registro e a atualização de 100% dos idosos cadastrados não foi cumprida. Ao final da intervenção, nenhuma caderneta havia sido distribuída.

Das avaliações clínicas propostas inicialmente para serem realizadas durante a consulta, tínhamos a meta de rastrear 100% dos idosos para o risco de morbimortalidade, investigar a presença de indicadores de fragilidade na velhice em 100% nesse grupo de usuários e avaliar a rede social deles também em 100% dos casos. Nesses três quesitos esbarramos com um importante fator limitante: tempo. Conforme já relatado previamente, a demora na consulta causou freqüente desconforto nos usuários de outros grupamentos etários. No entanto, as metas, quando não cumpridas, ficaram muito próximas dos valores inicialmente propostos, mostrando um esforço conjunto entre usuários e equipe.

Em relação à proporção de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia, 40 (95,2%) foram avaliados no primeiro mês, no segundo mês foram 60 idosos (98,4%) e no terceiro mês foram 84 dos 85 idosos cadastrados no programa (98,8%) (veja a Figura 6).

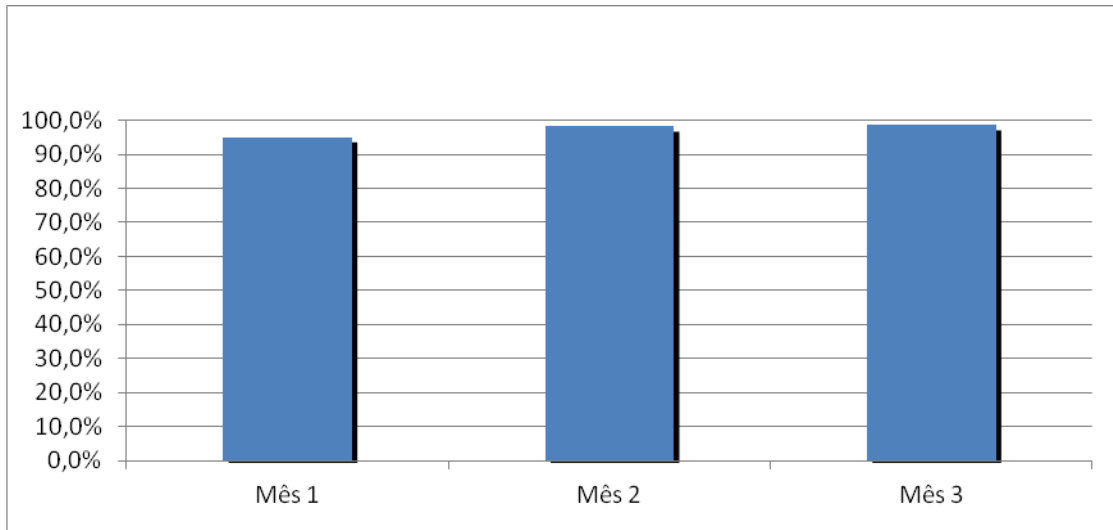


Figura 6: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

A número de idosos avaliados para fragilização na velhice no primeiro mês foi de 41 (97,6%), no segundo mês foram 61 idosos (100%) e no terceiro mês foram 85 idosos (100%) (veja a Figura 7).

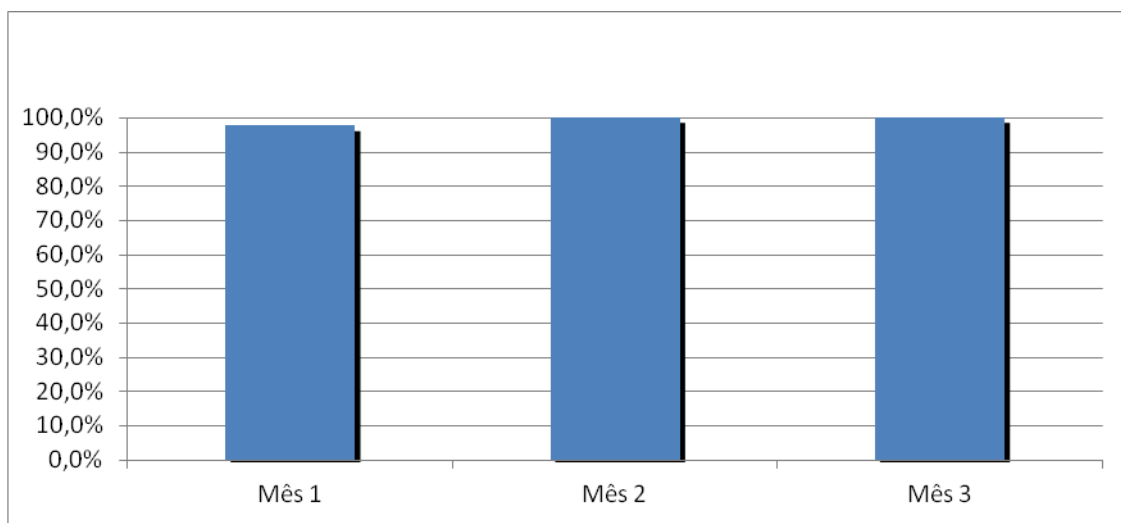


Figura 7: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

A avaliação da rede social foi feita em 100% dos idosos nos três meses de intervenção. No primeiro mês foi avaliada a rede social de 42 idosos, no segundo mês foram 61 idosos e no terceiro mês foram 85 idosos.

E finalmente, para reforçar a qualidade da conduta geral, foram estabelecidos como meta a orientação nutricional para hábitos alimentares

saudáveis a 100% dos idosos, além da orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

A orientação para hábitos alimentares saudáveis foi feita a 42 idosos (100%) no primeiro mês, no segundo mês foram orientados 61 idosos (98,4%) e no terceiro mês foram orientados 84 idosos (98,8%) (veja a Figura 8). Atingimos aqui quase que a totalidade de idosos cadastrados no programa.

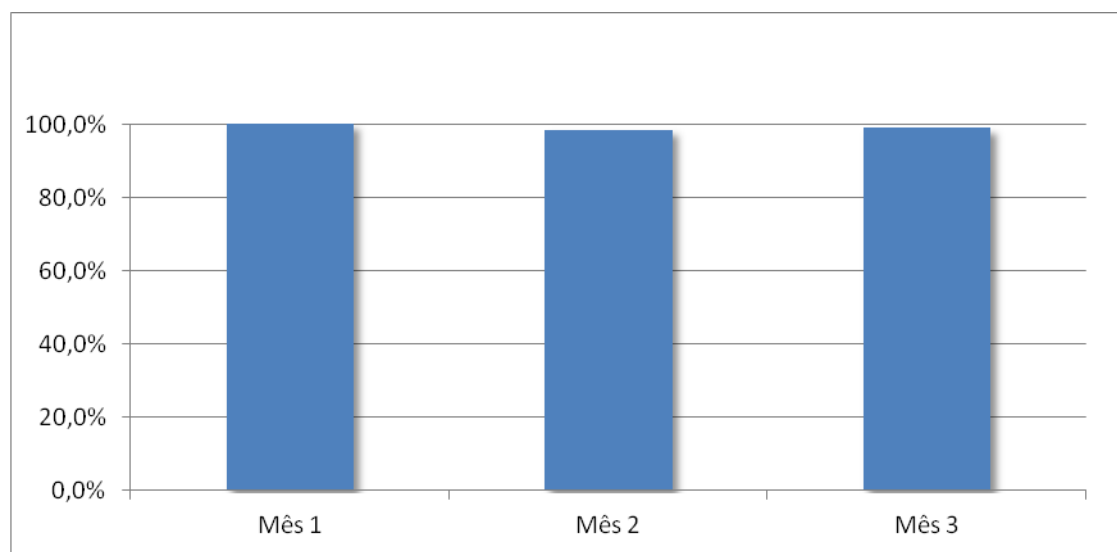


Figura 8: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

A orientações sobre a prática de atividade física regular teve uma proporção menor do que a observada na orientação de hábitos nutricionais. Foram orientados 30 idosos (71,4%) no primeiro mês de intervenção, no segundo mês foram orientados 43 idosos (70,5%) e no terceiro mês foram orientados 58 idosos (68,2%) (veja a Figura 9). Essa queda na proporção se deveu ao número considerável de usuários acamados e/ou com dificuldade de locomoção, de modo que esse usuários geralmente não recebiam esse tipo de orientação. Vale salientar que as orientações eram feitas por todos os profissionais da equipe, mas, porque a ficha espelho era preenchida apenas pelo médico, apenas a orientação dada por este conta nos dados apresentados. O médico ficou como o único responsável pelo preenchimento da ficha-espelho apenas para facilitar o seu arquivamento e a padronização nas informações relatadas.

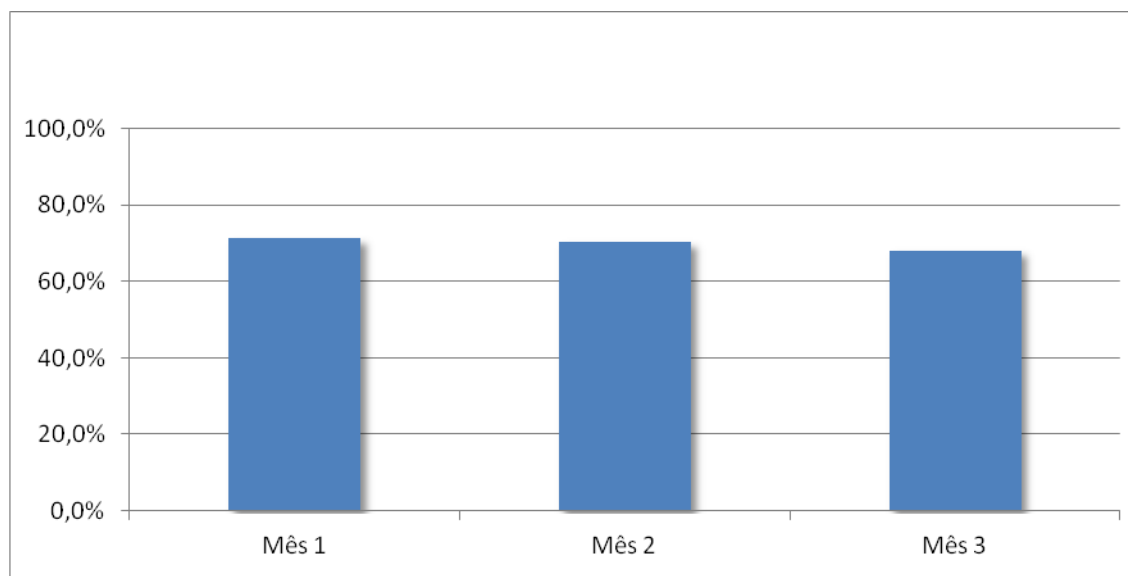


Figura 9: Proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na Piquiri II, Canguaretama/RN, 2013-2014.

4.2 Discussão

A intervenção proporcionou um aumento na cobertura da população idosa na nossa área, além de sistematizar o atendimento para os usuários desse grupamento etário. Essa sistematização também provocou uma melhora na qualidade do atendimento oferecido: os idosos foram estratificados quanto à existência de fatores de risco de morbimortalidade, foram submetidos à AMR e tiveram a sua rede social avaliada. Além disso, tivemos ainda a realização do exame físico adequado e a solicitação de exames complementares de acordo com a sua necessidade; os idosos cadastrados no programa receberam repetidamente orientações sobre a adoção de hábitos saudáveis, como uso de uma dieta balanceada e a prática regular de atividade física. O rastreamento do diabetes naqueles idosos com o diagnóstico de hipertensão e a medida universal da PA para todos os usuários foram dois pontos positivos que foram agregados à rotina da Unidade.

Como resultado para o corpo da equipe, podemos perceber que a o senso de responsabilidade sobre esses usuários aumentou muito, principalmente entre os ACS. No início da intervenção muitas vezes o usuário era trazido ao consultório médico sem que fosse submetido às medidas antropométricas de praxe, além dos rastreios supracitados. No decorrer desses três meses, essas atividades se

tornaram automáticas, pois a técnica de enfermagem percebeu a importância dessas medidas para o acompanhamento dos idosos. Desse modo, o médico não teve mais a necessidade de solicitar repetidamente tais medidas. O médico, em conjunto com a enfermeira e a técnica de enfermagem, se empenharam conjuntamente em resolver as limitações da visita domiciliar e o excesso de atendimentos por demanda espontânea.

O nosso serviço foi beneficiado com essa sistematização no atendimento dos usuários idosos. Anteriormente, essas pessoas eram agrupadas conforme um diagnóstico específico (por exemplo, hipertensos e diabéticos), mas não eram identificados entre si pela sua faixa etária. Agora esse grande grupo foi aglomerado em uma única classificação, o que facilita o funcionamento da Unidade nos seguintes aspectos: organização nas atividades coletivas de saúde, lista de marcação com prioridade para o atendimento na própria Unidade e para o atendimento domiciliar. O registro se tornou mais organizado, o que possibilitou a coleta de informações para a monitorização da intervenção. As informações que vêm sendo adequadamente registradas formam agora um amplo banco de dados sobre a população idosa local.

Se nos voltarmos para a comunidade, podemos notar já uma insipiente preocupação pelos usuários em geral dada à necessidade de acompanhamento regular na Unidade pelas pessoas idosas. Isso tem provocado uma maior procura dos nossos serviços até pelos familiares e acompanhantes de pessoas idosas. A responsabilidade desse acompanhamento, antes focado na própria equipe, está mais dividido com a população. Os próprios idosos se sentem mais importantes ao virarem alvo de uma atenção adequada às especificações da sua idade, além da prioridade no atendimento. Os outros grupos de usuários, no entanto, ainda apresentam descontentamento freqüente com a prioridade no atendimento e o tempo maior na duração da consulta. A equipe acredita que esse problema será amenizado pelo contínuo esclarecimento dado à população sobre as necessidades diferentes de acordo com o grupamento populacional, em uma atividade longitudinal de educação em saúde e prática da equidade prevista na organização fundamental do SUS.

Algo que prejudicou o andamento da intervenção e que poderia ser evitado foi o atraso no início das atividades. As ações ocorreram no período de festas natalinas e recesso de fim de ano, o que acabou impossibilitando atividades de ação

coletiva e causou uma quebra no andamento natural dos atendimentos agendados. Outra mudança que teria melhorado o nosso desempenho teria sido aumentar a divisão de tarefas entre os integrantes da equipe, como, por exemplo, a realização da AMR por outros profissionais adequadamente capacitados. Um esclarecimento prévio à população geral teria sido muito benéfico em relação ao atendimento prioritário.

Algo que já foi incorporado à rotina da Unidade foi o crescimento do número de idosos que procuram um dos serviços oferecidos. Além disso, a sistematização no atendimento e o registro mais eficiente são medidas que já são tomadas como naturais no nosso dia-a-dia. Para que o atendimento aos idosos não seja sufocado pelas nossas outras atividades, a população continuará sendo esclarecida sobre a importância do atendimento prioritário. A equipe também vai permanecer junto ao gestor pressionando-o quanto à necessidade do funcionamento adequado do pronto-socorro, para que a demanda de atendimento espontâneo não sufoque as atividades de atenção básica exercidas pela UBS. Entre elas, vamos trazer à rotina as atividades de educação coletiva junto aos idosos.

4.3 Relatório da intervenção para o gestor

Senhores e senhoras da gestão

Como é do seu conhecimento, entre os meses de novembro de 2013 e janeiro de 2014 foi iniciado na UBS Piquiri II o projeto de intervenção sob a supervisão da especialização na modalidade à distancia em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esse projeto, focado na Atenção à Saúde do Idoso, visa justamente melhorar a qualidade do atendimento destinado a essa parcela da população. Temos hoje sobre os cuidados da nossa equipe um total de 389 idosos. Destes, ao final de três meses do projeto, tínhamos cadastrados 85 idosos (21,9% da população total). Esse número que pode ser considerado reduzido sob uma primeira análise, mostra na verdade o resultado de um aumento real no total de usuários acompanhados pela Unidade: em outubro (mês anterior ao início da intervenção) 13,2% de todos os atendimentos foram feitos para a população idosa, enquanto que em janeiro (terceiro mês da intervenção) essa proporção subiu para 20,2%. Acreditamos que a manutenção desse projeto pode

aumentar cada vez mais o número de idosos em acompanhamento regular na UBS Piquiri II.

O projeto foi colocado em prática fruto de uma ação conjunta do gestor, da equipe de saúde e da comunidade. Foram estabelecidas propostas iniciais para aumentar o número de idosos acompanhados na Unidade, além de oferecer prioridade no momento do agendamento e no momento da consulta. Estabelecemos também como meta aumentar o número de idosos com dificuldade de locomoção e/ou acamados que recebem visita domiciliar. Para isso, foi aumentado de um para dois o número de turnos semanais destinados à realização da visita. Isso vem sendo possível graças a disponibilidade de transporte por parte do gestor. No entanto, o que vem dificultando a nossa atividade é o número elevado de atendimento de urgência na Unidade Básica, assim como a frequente necessidade de interrupção da visita quando o usuário tem indicação de observação. A falência do serviço de pronto-socorro anteriormente prestado pelo Hospital Regional não é mais confiável. Desse modo, a nossa Unidade está sobrecarregada com as atividades de demanda espontânea, o que vem limitando não só o funcionamento pleno no nosso programa, mas também as outras atividades de atenção básica que deveriam ser oferecidas.

A prevalência de doenças como hipertensão e diabetes são bastante elevadas em nosso meio, aumentando ainda mais a frequência nos indivíduos com mais de 60 anos. Associado a isso, sabemos que essas doenças são causadores de diversas complicações com elevado grau de morbimortalidade, que podem ser evitadas quando o diagnóstico é precoce. Por sorte, o rastreio dessas doenças pode ser feito a contento e com um baixo custo, o que justifica a universalização desse rastreio para todos os idosos da nossa área. E é isso que vem sendo feito. Além disso a solicitação de exames complementares conforme a indicação para cada usuário vem sendo realizada, mas como fator limitante temos aqui a demora na entrega de resultados. Alguns itens solicitados simplesmente não são oferecidos pelo laboratório municipal. Esse é um ponto que esperamos ser melhorado.

Historicamente vínhamos tendo dificuldade com o acesso a medicamentos pela nossa população. Isso foi mudando para melhor recentemente, graças ao funcionamento do posto de entrega de medicações na própria Unidade. Além disso, o Piquiri passou a ser sede de uma farmácia popular, facilitando ainda mais o acesso às mediações do programa para hipertensos e diabéticos. São poucos os

casos de medicamentos específicos que são prescritos e os idosos têm dificuldade para obter.

A avaliação da rede social, a busca de fatores de risco e a identificação de fragilidades nas pessoas desse grupo etário vem sendo feito com maior frequência no momento da consulta. Graças a isso, a probabilidade de identificarmos usuários com maior risco de desenvolver complicações, tais como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE). Esbarramos, no entanto, com algumas limitações do sistema, como demora no agendamento de consultas para atendimento especializado e a solicitação de exames de maior complexidade. Para melhorarmos esse ponto, esperando uma ação conjunta da equipe local e do gestor.

Por se tratar de um grupo com maior fragilidade, aqueles usuários que não comparecem à consulta são submetidos a busca ativa pelos ACS e, a partir do resultado dessa busca, a conduta adequada é tomada. Como resultado, podemos agendar uma nova consulta ou incluir o usuário na lista de visitas domiciliares.

Alem do registro que já vinha sendo adequadamente feito no prontuário clínico, incluímos também uma ficha-espelho para o registro específico de algumas informações a cada contato com o usuário. Além dessa ficha, sintetizamos a informações também em uma planilha virtual de coleta de dados. Essa organização no registro de informações tem sido útil para monitorar e avaliar o projeto ao longo das semanas. A gestão municipal contribuiu com a impressão das fichas-espelho, conforme elas eram solicitadas pelo médico. Outro registro que foi planejado para o projeto foi o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essa solicitação também foi feita à Secretaria, ainda no período de elaboração do projeto. Infelizmente, até hoje a Caderneta não foi cedida, e nenhum dos usuários cadastrados no projeto tem uma. Ainda estamos aguardando que as Cadernetas sejam fornecidas à nossa Unidade.

Podemos finalizar dizendo que um dos principais campos de atuação de uma equipe de ESF é atenção à saúde no nível primário. Aqui, as atividades de prevenção são primordiais para garantir mais qualidade de vida para os usuários. Tomando por base essa conclusão, as orientações para a adoção de hábitos saudáveis – tais como prática de atividade física e alimentação balanceada – vem sendo feitas continuamente.

O nosso trabalho conjunto tem nos proporcionado sucesso nesse projeto. A equipe e, em especial, o médico guardam muita gratidão à Secretaria Municipal de Saúde pelo auxílio na obtenção desse êxito.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Senhores e senhoras moradores da comunidade

O projeto de intervenção feito para melhorar o atendimento aos idosos na nossa comunidade trouxe muitos benefícios para o trabalho na nossa equipe de saúde. Também estamos enfrentando muitos desafios.

Tudo começou com um curso que o médico faz pela internet. Durante o curso, surgiu a idéia de uma atividade dedicada aos idosos. E foi assim que o projeto foi preparado pelos profissionais da Unidade. No período de novembro a janeiro, começamos a atender as pessoas com mais de 60 anos de uma forma diferente.

Um das primeiras ações foi facilitar o atendimento dos idosos, oferecendo mais vagas na hora de marcar a consulta e dando prioridade na hora do atendimento. Assim, o idoso tanto marca a consulta mais rápido como é atendido mais rápido. Isso é muito importante para essas pessoas, porque nessa idade, ocorrem mais doenças e o corpo fica mais frágil. Então é importante que os idosos tenham um acompanhamento mais cuidadoso por nossa equipe.

Outra coisa que tentamos melhorar foi aumentar o número de visitas domiciliares, ou seja, a realização da consulta na própria casa da pessoa. Isso tem que acontecer porque muitos idosos têm dificuldade para chegar até a Unidade, pois muitos deles andam com dificuldade, enquanto que outros têm dificuldade até para sair da cama. Como a nossa equipe precisa de transporte para fazer as visitas domiciliares, nós procuramos o secretário de saúde para pedir que o carro ficasse disponível para a nossa Unidade. Como esse pedido foi atendido, as visitas foram realizadas. Infelizmente, como a falta de médico é comum no Hospital Regional, muitas vezes a gente tinha que interromper a visita para cuidar de alguns idosos na própria Unidade. Isso acontecia apenas quando os idosos corriam algum tipo de risco se ficasse em casa sem os profissionais.

Como a gente sabe que a pressão alta e o diabetes são doenças muito comuns, elas devem ser buscadas antes que causem alguma complicação nas pessoas. E a gente também sabe que essas doenças acontecem mais e causam mais complicações em pessoas idosas, assim nós começamos a procurar as pessoas que tinham a doença mas não sabiam. A nossa procura era feita medindo a pressão e fazendo exames de sangue.

Outra maneira de provar se os idosos estão sendo bem atendidos é conferir se eles recebem os remédios que o médico passa, principalmente os remédios para pressão alta, diabetes e colesterol ruim alto. Apesar de todas as dificuldades que a gente sabe que existe, a maioria estão conseguindo pegar os remédios. A gente viu que quando a pessoa não está usando o remédio que o médico passou geralmente é porque ela está se recusando a fazer o tratamento.

Durante a consulta, os profissionais podem fazer muitos tipos de provas para descobrir, por exemplo, se o idoso é cuidado por alguém em casa, se tem mais risco de ter um ataque do coração ou um derrame (AVE), ou se ainda tem algum problema de saúde que seja comum na idade e que está atrapalhando a sua vida. Graças a essas avaliações, a gente pode tanto prevenir coisas mais sérias, como estamos ajudando os idosos a resolver os problemas de saúde que são menos complicados.

Como às vezes acontece de um idoso faltar a consulta, a gente também deve procurar a família ou o próprio idoso para descobrir por que ele não veio se consultar. Nos casos que a pessoa pode vir até a Unidade, a gente marca uma nova consulta. Mas alguns idosos faltam porque têm dificuldade para andar, então, o melhor nesses casos, é marcar uma visita domiciliar. Assim, ele será atendido sem ter que sair de casa.

Para garantir que os idosos estão sendo mesmo atendidos, começamos a fazer um registro especial tanto no papel como no computador. Além disso continuamos usando o prontuário da família, que já era usado antes. Graças a esse registro especial, foi mais fácil contar quantos idosos estavam sendo atendidos, além de saber melhor como era esse atendimento (por exemplo, ver se eles fazem exames, se recebem remédios, quais são as doenças e os problemas que têm, etc.).

Outra forma de registro que seria muito bom para o nosso trabalho seria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essa Caderneta é como aquelas que os idosos com pressão alta e com diabetes já usam. Com ela, os idosos têm na própria

casa deles uma prova de que estão sendo acompanhados pela equipe, se esse acompanhamento é bem feito e quais são os problemas de saúde que ele tem. A Caderneta ainda traz pequenos textos sobre os cuidados especiais que todos devem ter com os idosos. Como não temos essa Caderneta na nossa Unidade, nós pedimos que a Secretaria de Saúde trouxesse elas. Ainda não recebemos, mas assim que elas chegarem, a gente vai começar a usar.

Para finalizar, todo mundo sabe que cuidar da saúde não é só se consultar e tomar remédio. Tem muitas coisas que a gente pode fazer para ser mais saudável. Por causa disso, os idosos estão cada vez mais recebendo orientação de como deve ter uma alimentação saudável, além de praticar exercícios físicos. Isso é bom para os idosos que têm alguma doença, como pressão alta ou diabetes, porque ajuda a melhorar os problemas e evita complicações. E nos idosos que não têm doenças, a atividade física e a dieta correta ajudam a evitar o aparecimento de doenças.

Graças a todas essas vantagens, a equipe está com a idéia de continuar com esse programa para os idosos. Lógico que ainda tem muita coisa para melhorar, mas nós esperamos que vocês nos ajudem a encontrar os problemas e a resolver eles. Muito obrigado pela participação e pela compreensão de todos. Nós da equipe acreditamos que o trabalho pode ser ainda melhor se existir a nossa união.

5 Reflexão Crítica

O curso de especialização em Saúde da Família aplicado pela UFPel teve início há exato um ano, quando eu e os meus pares iniciamos as nossas atividades pelo PROVAB. O atrativo maior do PROVAB era justamente o acréscimo de 10% na pontuação final nos concursos de residência médica. Em meio a polêmicas e incertezas, o trabalho como médico da ESF foi iniciado, em conjunto com as atividades da especialização à distância.

Como seria de se esperar, o objetivo da maior parte dos médicos que aderiram ao programa era estudar o máximo possível ao longo do ano, para estarem suficientemente preparados para o período de provas no final de 2013 e início de 2014. Além da carga horária de trabalho, enfrentamos o primeiro obstáculo para a rotina pesada de estudos: as atividades da especialização à distância. As atividades começaram a surgir com frequência semanal, e nela encontrávamos a elaboração de longos e detalhados relatórios, a leitura excessiva de textos longos e de conteúdo pouco atrativo (o mais memorável desses, nesse sentido, foi o Manual da Estrutura Física da Unidade Básica de Saúde, Ministério da Saúde, 2008), além da participação semanal nos fóruns de debate. As atividades no fórum, como o próprio nome sugere, previam a realização de debates e discussões sobre temas variados, mas acabou se transformando em um mural de exposição curta e maquinal do tema proposto. Não consegui elaborar uma proposta para melhorar as atividades no fórum, mas sei que esse é ponto que precisa ser melhorado na dinâmica da especialização.

Ante tantas controvérsias e surpresas, o início das atividades foi feito com um passo dado pelo pé esquerdo. E assim permaneceu por meses. Um relato pessoal, mas que se repetia ao ser discutido com colegas, era o desencontro entre orientador e orientando: este dando pouca importância às atividades da especialização e com planos de estudar cada vez mais para os concursos, aquele chamando o orientado às atividades, objetivando o seu cumprimento e de seus prazos. Um desencontro desanimador para ambas as partes, acompanhado de incompreensão bilateral. Chegou-se ao extremo de eu ser aconselhado, em umas das várias orientações – e repreensões – que recebi, a me preocupar menos com os concursos de residência médica, pois “residência não é a coisa mais importante da

vida”. O conselho dado por uma pessoa experiente deve ser respeitado e posto em prática sempre que possível. Mas há uma linha tênue entre conselho e invasão: a minha vida profissional é um tema pessoal em demasia para que alguém que eu sequer conheço venha me dizer o que é e o que não é importante.

Sem ressentimentos ou rugas de maior importância, o cronograma de atividades seguiu o seu caminho. Muitos dos meus colegas desistiram do PROVAB, motivados geralmente pela especialização à distância; muitos diziam-se conformados com a realidade batendo à porta e mantiveram-se em dia com as atividades; e alguns outros tentaram levar a especialização atrasando os prazos e refletindo se desistiriam ou não do PROVAB. Entre as opções a pior de todas é esta última, uma espécie de limbo terrestre. Talvez por falta de perspicácia – ou mesmo de inteligência – essa foi a minha opção.

O ano serviu para a realização das atividades propostas, para a leitura de textos e elaboração de relatórios, resultando na construção final (com um importante atraso, ressalte-se) do projeto de intervenção focado na saúde do idoso.

O desenvolvimento e a implantação do projeto visando melhorar a atenção básica dada ao idoso na UBS Piquiri II serviu para enfatizar a necessidade dos cuidados especiais que essa faixa etária necessita. Além disso, foi possível perceber, graças ao projeto, que a saúde do idoso ainda é manejada sem o preparo e as especificações necessárias para garantir um adequado padrão de qualidade. Como consequência à aplicação da intervenção, foi observado um crescimento importante na qualidade desse serviço que é prestado na nossa Unidade, bem como os usuários idosos estão cada vez mais assíduos na sua ida rotineira à UBS. Durante esse período, o exame físico e o cumprimento de protocolos para essa faixa de idade foi revisado e, como consequência, os atendimentos vêm sendo feitos com mais embasamento científico. Observamos conseqüentemente mais segurança por parte da equipe ao lidar com as especificações e necessidades desse grupo de usuários.

A conclusão final, no aspecto pessoal, foi de uma sensibilização geral no atendimento diário. Não falo de sensibilizar sobre a importância de trabalhar da melhor maneira possível com os usuários – isso é algo que já existia em mim e que nunca será perdido. Falo do reconhecimento de que os serviços públicos prestados na Atenção Básica ainda precisam ser melhorados – e muito – para atingir níveis aceitáveis de qualidade. Nesse sentido, as atividades da especialização, ainda que

tenham trazido tantas agruras por tantos meses, resultou no benefício da população idosa, na qualidade da equipe e no crescimento pessoal do médico. Independente do desejo inicial ou não de participar da especialização, o esforço conjunto da instituição UFPel, do médico Francisco Cavalcanti e dos seus colegas de trabalho tem salvado vidas em uma vila pobre no interior do estado do Rio Grande do Norte.

6 Bibliografia


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea** : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Anexos



**Especialização em
Saúde da Família**
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

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

CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Tem fragilidade?	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Data da próxima consulta
					Framingham	Lesões órgão alvo						

Anexo A: Ficha espelho, página 1.

Medicações de uso contínuo												
Data	Apresentação											
Hidroclorotiazida												
Captopril												
Propranolol												
Enalapril												
Atenolol												
Metformina												
Glibenclâmida												
Insulina NPH												

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS												
Data												
Glicemia de Jejum												
HGT												
Hemoglobina glicosilada												
Coolesterol total												
HDL												
LDL												
Triglicérides												
Creatinina Sérica												
Potássio sérico												
Triglicérides												
EQU												
Infecção urinária												
Proteinúria												
Corpos cetônicos												
Sedimento												
Microalbuminúria												
Proteinúria de 24h												
TSH												
ECG												
Hematócrito												
Hemoglobina												
VCM												
CHCM												
Plaquetas												

Anexo B: Ficha espelho, página 2.

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1								
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso é acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso é rastreado para diabetes?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1			63	0	0	1	1	1
2			73	0	0	1	1	1
3			66	0	0	1	0	0
4			68	1	1	1	0	0
5			74	1	1	1	1	0
6			66	1	1	1	1	1
7			60	1	1	1	0	0
8			64	0	0	1	0	0
9			79	0	0	1	1	0
10			69	0	0	1	0	1
11			60	0	0	1	0	1
12			79	0	0	1	1	0
13			63	0	0	1	1	0
14			66	0	0	1	1	0
15			68	0	0	1	1	0
16			61	0	0	1	0	0
17			76	0	0	1	0	0
18			72	0	0	1	0	0
19			65	0	0	1	0	0
20			62	0	0	1	0	0
21			78	1	1	1	0	0
22			87	1	1	1	0	1
23			82	1	1	1	1	1
24			72	1	0	1	0	1
25			77	0	0	1	1	1
26			63	0	0	1	1	0
27			74	0	0	1	1	1
28			65	0	0	1	1	1

Anexo C: Planilha de coleta de dados.

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do Idoso					
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	EIXOS
1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos	1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para X%.	1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Numerador: Número de idosos cadastrados no programa Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde	Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).	1.1. Acolher os idosos. 1.2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. 1.3. Atualizar as informações do SIAB.	1.1. Esclarecer a comunidade sobre o Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. 1.2. Informar a comunidade sobre o Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
	1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).	1.2. 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 problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde	Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.	3.1. Informar a comunidade sobre o Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
	1.3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.	1.3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas 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.	Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.	4.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.	4.1. Orientar a comunidade sobre o Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. 4.2. Oferecer disponibilidade de visita domiciliar ou com problemas de locomoção.
	1.4. Rastrear X% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	1.4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial 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.	Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).	5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. 5.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	5.1. Orientar a comunidade sobre a importância da medida da pressão arterial após o diagnóstico de HAS. 5.2. Orientar a comunidade sobre o desenvolvimento de HAS.
	1.5. Rastrear X% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).	1.5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.	Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).	6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.	6.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. 6.2. Orientar a comunidade sobre o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
	1.6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para X% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)	1.6. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento) Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.	7.7. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. 7.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. 7.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. 7.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.	7.7. Informar a comunidade sobre a importância do acompanhamento odontológico prioritário de idosos e de sua importância além de demais facilidades oferecidas. 7.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames odontológicos. 7.3. Ouvir a comunidade para a captação de idosos para o acompanhamento odontológico.

Apresentação Conteúdo

Anexo D: Planilha OMI.