

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS União, Boa Vista/RR

Jose Wilber Mosquera Mosquera

Pelotas, 2015

Jose Wilber Mosquera Mosquera

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS União, Boa Vista/RR

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

Orientador: Sabyne Pedreira Ribeiro

Co-orientadora: Daniele Freitas Brasil

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M912m Mosquera, Jose Wilber Mosquera

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da UBS União, Boa Vista/RR / Jose Wilber Mosquera Mosquera; Sabiny Pedreira Ribeiro, orientador(a); Daniele Freitas Brasil, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Ribeiro, Sabiny Pedreira, orient. II. Brasil, Daniele Freitas, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe Aura Sofía Mosquera e a meu pai Jesús Salomón Mosquera Hinestroza que me deram as bases fundamentais de minha formação e continuam me apoiando em cada uma das etapas de minha vida. A minha namorada Tatiana Firmino Lobo que sempre esteve disponível para me apoiar quando precise de sua ajuda e compreensão. A equipe de trabalho da unidade de saúde união: diretor, médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, secretária, farmacêutica, vacinadora e os agentes comunitários de saúde que, com sua ajuda, foi possível desenvolver este trabalho. A todos os usuários idosos da área de cobertura da unidade de saúde união, já que sem eles não teríamos realizado esta intervenção.

Agradecimentos

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil por me oferecer a oportunidade de participar neste lindo projeto de levar medicina na população mais carente;

A universidade Federal de Pelotas por criar os cursos de formação orientados a melhorar a qualificação profissional e também a saúde da população brasileira;

A minha ex-orientadora Daniele Freitas Brasil, pela sua disponibilidade sempre que precisei, pelas múltiplas orientações, correções e incentivos que permitiram terminar este projeto;

A toda a população brasileira por acreditar em nós como uma alternativa para ajudar a melhorar o sistema de saúde público brasileiro;

A todas aquelas pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para que este projeto fosse um sucesso, muito obrigado.

Resumo

MOSQUERA, José Wilber. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF na UBS União, Boa Vista/RR**. 2015. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho foi realizado na UBS União, que atende os bairros União e Jardim Caraná da cidade de Boa Vista no estado de Roraima, contemplando uma população de 8.200 habitantes. Escolhemos a população dos idosos para realizar uma intervenção em saúde a fim de qualificar a assistência ofertada para os mesmos, pois com parâmetros avaliados a partir do caderno de ações programáticas, disponibilizados pelo curso da especialização, foi possível observar que tínhamos uma baixa qualidade e baixa cobertura 60% (297) na atenção a pessoa idosa, população que se destaca por apresentar uma diminuição progressiva da reserva funcional e que pode estar ou não associada à doenças crônicas. A intervenção teve duração de 12 semanas, não coincidindo com o planejado de 16 semanas, pois houve o encurtamento da intervenção determinado pelo curso da UFPEL. Foi iniciada no dia 17 de fevereiro e finalizada no dia 31 de abril do ano 2015 e contou com a participação das duas equipes da UBS União. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa. As ações foram planejadas e organizadas através de um cronograma para o cumprimento das mesmas. Todas as ações foram desenvolvidas a partir dos eixos fundamentais que são engajamento público, organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação. Para organizar a informação foram utilizados instrumentos como: prontuário clínico, ficha espelho, planilha de coleta de dados e livro de registro de saúde do idoso. A intervenção foi iniciada com a capacitação da equipe sobre o programa de atenção em saúde da pessoa idosa e durante a mesma foram cadastrados um total de 205 usuários (46%) da população da área. Durante este período foram realizadas: avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, rastreamento para hipertensão arterial e diabetes, avaliação de fragilização na velhice, avaliação de risco para morbimortalidade; orientação sobre higiene bucal, alimentação saudável e prática de atividades físicas, assim como também foram pedido exames de laboratório, realizadas visitas domiciliares, busca ativa dos usuários faltosos nas consultas programadas e encaminhamento de usuários para o atendimento especializado e atendimento odontológico. Além disso foram realizadas outras atividades que o ministério da saúde preconiza no idoso. Conseguimos melhorar significativamente a qualidade do atendimento oferecido para nossos usuários.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS união em situação de chuva	10
Figura 2	Fotografia da fachada da frente da UBS união. Boa Vista/RR	10
Figura 3	Foto do grupo de idoso da UBS União	40
Figura 4	Foto do grupo de idoso da UBS União	40
Figura 5	Gráfico de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde união.	45
Figura 6	Gráfico de Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	47

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMM	Programa Mais Médicos
RR	Roraima
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma.....	38
3 Relatório da Intervenção.....	39
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	39
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	45
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão	56
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências	66
Anexos	67

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), através da Universidade Aberta do Sistema único de Saúde (UNA-SUS), como requisito para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família. Esta intervenção foi desenvolvida na UBS União, no município de Boa Vista, estado de Roraima- RR, para melhorar a qualidade da atenção realizada aos usuários idosos.

O mesmo apresenta-se organizado em sete capítulos, que correspondem a todas as unidades propostas no curso de Especialização em Saúde da Família. No primeiro capítulo apresenta-se o relatório da análise situacional, que aborda a situação de saúde no município e aspectos da UBS, tais como estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos e programas desenvolvidos. No segundo capítulo, contém a análise estratégica, que engloba os objetivos do trabalho, as metas, os indicadores, as ações propostas, a logística e o cronograma. Já o terceiro capítulo refere-se ao relatório da intervenção, que aborda as ações previstas e desenvolvidas durante este período, bem como aquelas que não foram desenvolvidas; também a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção à rotina do serviço. No quarto capítulo, avaliação da intervenção, explana-se sobre os resultados da intervenção e a discussão. Seguido pelo capítulo quinto, que traz o relatório da intervenção para os gestores. Já no capítulo sexto, aborda-se o relatório da intervenção para a comunidade. Finalizando o volume com o capítulo sétimo, realiza-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem decorrente da experiência adquirida no curso.

Boa Leitura!

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na unidade básica de saúde (UBS) do bairro União no município Boa Vista do estado Roraima e a estrutura não é adequada, não tem nada parecido com UBS que nós visitamos durante nossa estadia no acolhimento do Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil, mas estamos tentando fazer um bom trabalho. A UBS conta com dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de triagem, farmácia, direção e uma pequena recepção.

A unidade tem duas equipes completas por tanto eu não tenho uma sala fixa para fazer o atendimento e faço a consulta na sala disponível dependendo do dia. A equipe está composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um médico. Nosso funcionamento como equipe é muito bom e estamos tentando nos distribuir melhor no trabalho, pois antes da nossa chegada as equipes não tinham médicos e a maior parte do trabalho era realizada pelas enfermeiras das equipes.

O funcionamento da unidade é de segunda à sexta no horário de 8:00 a 12:00 horas e de 14:00 a 18:00 horas. O atendimento é feito por demanda espontânea, mas tem programada a consulta para grupos de atendimentos por turnos: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, pré-natal, hipertensos, diabéticos, idosos, visita domiciliar e o restante clínico em geral. Além da consulta com o médico e com a enfermeira, a equipe faz palestras com as gestantes, diabéticos e hipertensos, as quais são feitas por micro áreas na comunidade, para facilitar a participação da maior quantidade de pessoas possível.

Nosso trabalho está sendo muito bem recebido pela comunidade, pois antes não tinham médicos fixos na UBS, apenas alguns dias da semana e quando os tinham. Agora os usuários falam para mim: "Dr. Eu espero que o senhor esteja gostando de nossa cidade e nossa comunidade por que a gente precisa que os médicos fiquem bastante tempo conosco". O que eu como médico escuto da minha comunidade é um estímulo para tentar fazer um trabalho melhor todos os dias.

É ruim não termos sala de curativos, pois isso implica que os usuários que precisam fazer curativo de uma ferida têm que se deslocar a outra unidade de saúde. O mesmo acontece com o laboratório já que os usuários têm que procurar o hospital ou uma das poucas unidades que têm laboratório para fazer os exames e isso prolonga o tempo de retorno deles. Mas confio que a verba que o governo

federal destina para melhorarias da infraestrutura de todas as UBS no país e para construir outras novas seja bem investidos no estado de Roraima.



Figura 1- Fotografia da UBS União em situação de chuva.



Figura 2- Fotografia da fachada da frente da UBS União.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista município capital do estado Roraima tem uma população estimada de 308.996 habitantes sendo uma grande maioria pobre e com um sistema de saúde público com muitas dificuldades. Está formado por 32 UBS sendo todas da estratégia de saúde da família (ESF), 2 Centros de Especialidades Odontológicas

(CEO), 21 consultórios odontológicos distribuídos em 11 UBS, 01 centro de reabilitação, 01 centro de nutrição, 01 centro de referência de especialidades, 05 laboratórios de serviços ambulatoriais os quais são muito deficientes para fazer uma boa cobertura das necessidades do sistema, 03 hospitais sendo um geral, um materno e um pediátrico, os quais brindam atenção a toda a população do estado. No momento não contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) mas o projeto da prefeitura é contar com seis até o final do ano.

Estou lotado em uma UBS urbana a qual tem um vínculo direto com o Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalham em parceria com as escolas da área de abrangência. Os profissionais da saúde estão divididos em duas equipes da ESF os quais estão compostas por 05 agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico cada uma.

Este local não foi construído para ser uma UBS e por isso sua estrutura física não cumpre com as exigências feitas pelo Ministério da Saúde (MS), apresentando dificuldades como falta de consultórios médicos, salão de espera, sala de curativos, sala de nebulização, sala de esterilização, recepção, lavagem e descontaminação, depósito de materiais de limpeza e depósito de lixo além de não ter uma estrutura adequada para deficientes. Tudo isso poderia ser melhorado apenas com a ampliação e reestruturação, promessa já feita pela prefeita do município.

Mesmo com as dificuldades citadas, as equipes tentam fazer o melhor trabalho possível e cumprir as atribuições como a atenção domiciliar, busca ativa dos usuários faltosos, notificação compulsória de doenças, atendimento de urgência e emergência. Não podemos fazer procedimentos menores como, curativos, suturas ou pequenas cirurgias pela falta da estrutura adequada o que é ruim, os usuários têm que procurar outro local para receber esse tipo de atenção. Nossa expectativa é que quando a UBS for remodelada ofereça os serviços que hoje não oferece.

Trabalhamos com uma população estimada de 8.200 habitantes na área de abrangência com um predomínio da população de adultos jovens e mulheres. Temos uma população de 8.200 pessoas, sendo 4.289 atendidos pela equipe 1.7 e 3.911 pela equipe 1.10, população ligeiramente maior ao número máximo previsto pelo MS. É uma diferença pequena e que nos permite oferecer uma boa atenção a todos do ponto de vista dos recursos humanos, mas não da estrutura da unidade, e que pode ser evidenciado na atenção à demanda espontânea, na qual geralmente o

usuário é atendido no mesmo turno que procura a unidade ou no turno seguinte se seu caso não necessitar atenção prioritária. O acolhimento é realizado pelas técnico em enfermagem na recepção, estabelecendo prioridade no atendimento de acordo com a doença e vulnerabilidade do usuário, o principal problema que temos com o acolhimento é a estrutura da UBS que não tem as condições adequadas para comportar os usuários, sem poltronas o suficiente, esperando pelo seu atendimento muitas vezes em pé.

Com a chegada dos profissionais do PMM estamos tentando implementar todos os programas que o MS preconiza. Dentre eles temos o da atenção à saúde da criança, para o qual ofertamos vacinação, puericultura, visita domiciliar (VD), atenção de doenças agudas e atendimento de urgência, no qual é realizada uma primeira avaliação e o encaminhamento ao hospital pediátrico. No trabalho com as crianças estamos tentando seguir o preconizado pelo MS, mas ainda apresenta muitas fragilidades em itens como o registro da consulta de puericultura, que só é realizado na caderneta da saúde da criança e no prontuário clínico, e o planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas com esse grupo etário. Temos muito a melhorar em todos os grupos de atenção, especialmente neste pelas suas características. A equipe está respondendo de forma positiva e a população está reconhecendo isso, acho que temos que melhorar a educação em saúde e implementar registros exclusivo, monitoramento e avaliação continuada para cumprir as metas propostas pelo MS. Para a saúde da criança temos uma cobertura de 64%, pois de 171 crianças estimadas para área de abrangência da UBS, temos 110 acompanhadas pelas duas equipes. Indicadores de qualidade como vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes estão ao 100%; os indicadores de teste do pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta estão entre 70% e 93%; o indicador de atraso da consulta agendada em mais de sete dias é de 27%; as maiores dificuldades estão na realização da triagem auditiva (0%), por dificuldade desse exame no município e à avaliação da saúde bucal (0%), devido à falta de consultório odontológico.

A atenção ao pré-natal e ao puerpério está mais bem estruturada. Temos uma cobertura de 67% para o pré-natal, pois de uma estimativa de 123 gestantes para área da UBS, 83 gestantes estão sendo acompanhadas pelas duas equipes. E

para o puerpério, temos uma cobertura de 68%, pois temos 117 puérperas com o acompanhamento em dia de uma estimativa de 171 para a UBS. Indicadores como início do pré-natal no primeiro trimestre, consultas em dia, vacinação, exames laboratoriais, suplementação com ferro e ácido fólico, exame ginecológico e orientações como aleitamento materno e outras, em geral, são realizadas conforme preconizado, em torno de 80% a 90% das gestantes, segundo o CAP. Para o puerpério temos todos os indicadores de qualidade em 100%, pois a equipe busca prestar uma atenção de qualidade às puérperas atendidas, tanto na UBS como nas VD. Ainda temos dificuldades com a avaliação odontológica pelo déficit do serviço na atenção pública e os exames laboratoriais que podem sofrer atrasos, mas de forma geral a atenção é boa e com uma boa aceitação pela comunidade e uma participação da equipe onde o registro e monitoramento são realizados com qualidade.

Em relação às ações do Programa de Prevenção do Câncer (CA) de colo de útero segundo o Caderno de Ações Programáticas para esta população a estimativa é de 1.749 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já acompanhadas 1.437 (82%), mas nossos indicadores de qualidades deixam muito a desejar; os indicadores com melhor desempenho são orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DSTs com um índice de qualidade de 43%; os indicadores de exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, avaliação de risco para câncer de colo de útero, exames coletados com amostras satisfatórias e exames coletados com células representativas da junção escamocolunar que estão entre o 23% e o 30%; o indicador de exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso esta em 51% e o de exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado esta em 0,4%.

Na prevenção do câncer de colo de útero é usado o manual do MS, mas não está sendo implementada em sua totalidade. Contamos com um livro de registro específico para todos os citopatológicos realizados, as principais dificuldades no caso deste exame é o tempo que demora o retorno do resultado que pode ser até mais de 06 meses, além da pouca assistência das mulheres a UBS para a coleta da amostra. Mas a equipe está trabalhando nisso, através das palestras, tentando incentivar a participação da população, além da proposta de fazer jornadas nos dias não laborais para que todas as mulheres trabalhadoras possam participar.

Para o controle de câncer de mama segundo o Caderno de Ações Programáticas para esta população a estimativa é de 381 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência, mas não temos registro que nos permitam conhecer os indicadores de cobertura e qualidade no momento. Temos planejado começar a implementar o programa a partir desse período seguindo os protocolos do MS e penso que a maior dificuldade será a realização da mamografia de rastreamento, pois o SUS não oferece a infraestrutura requerida para fazer a quantidade de exames demandados pela população do município e pelo geral uma mamografia tarda uns 8 meses para ser realizada.

A atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) também é muito importante e estamos trabalhando com a intenção de sua implantação completa. No momento realizamos consultas programadas (tema complexo já que a maioria dos usuários não comparece), as VD e as palestras, todas estas ações são registradas e monitoradas. A grande preocupação é que uma grande parte dos usuários não está com os níveis de pressão arterial (PA) e glicemia em níveis adequados, pois eles acham que podem parar de tomar a medicação quando se sentem bem. Penso que a melhor forma de solucionar essa questão é através do planejamento e monitoramento contínuo de ações de educação em saúde aos usuários e seus familiares seguindo os protocolos do MS. Segundo o Caderno de Ações Programáticas a estimativa para a população hipertensa é de 1.459 usuários e atualmente temos 940 (64%) hipertensos maiores de 20 anos sendo acompanhados pela UBS, com uns indicadores de qualidade de 100% para realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável; o indicador de atraso da consulta agendada em mais de 7 dias esta em 50%, o de exames complementares periódicos em dia em 15,9% e finalmente o de avaliação de saúde bucal em dia em 0% porque não contamos com atendimento odontológico em nossa UBS.

A estimativa que temos para população diabética segundo o Caderno de Ações Programáticas é de 417 usuários, mas no momento temos 298 (71%) usuários diabéticos acompanhados. Quando a qualidade do acompanhamento, temos que indicadores como realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação

nutricional para alimentação saudável estão ao 100%; os indicadores de atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses estão entre 47,6% e 52%; o indicador de exames complementares periódicos em dia esta em 25% e o de avaliação de saúde bucal em dia esta em 0%.

A saúde bucal apresenta uma situação bastante difícil porque tem poucas UBS com consultório odontológico e além disso a grande maioria das que tem consultório odontológico não estão fornecendo o serviço por múltiplas causas, em nosso caso não temos infraestrutura para o serviço de saúde bucal e os usuários são orientados para fazer o acompanhamento em outra UBS, mas pelo geral não conseguem agendar as consultas ou são agendadas para uma data muito longe e finalmente eles terminam desistindo .

A atenção da saúde da pessoa idosa também está sendo implementada, mas ainda apresenta muitas deficiências. Estamos fazendo a atenção da demanda espontânea, consultas programadas e a VD quando necessário. Por enquanto o único registro específico que temos é a caderneta de saúde do idoso onde muitas vezes as informações estão desatualizadas, assim como o planejamento e monitoramento das ações não são as melhores, por isso a qualidade não é muito boa. Dos idosos acompanhados, em torno de 60% possui avaliação multidimensional, avaliação do risco de morbimortalidade e da fragilidade na velhice em dia. As orientações também foram dadas apenas a 60% desses idosos. Um ponto positivo é que tanto a equipe como a comunidade tem vontade de melhorar o serviço prestado na área de abrangência da UBS. Temos 297 (66%) pessoas idosas sendo acompanhadas na UBS, de um total de 448 idosos estimados para a área. Se observarmos apenas a nossa equipe, temos uma cobertura um pouco mais baixa, pois temos 158 idosos acompanhados pela nossa equipe de um total de 297 (53%) estimados para nossa área de abrangência (população total de 3.911 pessoas).

O maior desafio para a equipe será tentar colocar em funcionamento todos os programas priorizados pelo MS, tarefa que vai ser bem difícil já que tem muitas coisas que não dependem de nossa governabilidade e ate hoje o apoio da secretaria municipal de saúde não tem sido o desejável o qual é evidenciado em coisas tão simples e ao mesmo tempo tão indispensáveis como as cadeiras que estão em falta na unidade desde há vários anos, as fitas para fazer o controle de glicemia capilar

dos diabéticos e rastreamento de usuários com fatores de risco. Afortunadamente temos uma excelente equipe com vontade de trabalhar, equipe que na maioria das vezes compra do nosso bolso as coisas que são necessárias para a realização das múltiplas atividades de grupos realizadas em nossa área de abrangência.

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

Fazendo uma análise comparativa entre as condições nas quais iniciamos o projeto de intervenção e as atuais, penso que em relação à estrutura física da unidade básica de saúde e a dotação da mesma não tivemos mudanças positivas, pelo contrário, a deficiência de materiais médico-cirúrgico têm aumentado. Em relação à farmácia tivemos uma melhoria importante, pois agora estão sendo disponibilizados uma maior quantidade de medicamentos para as doenças crônicas como hipertensão arterial (Diabetes mellitus e a osteoporose), as quais são muito frequente na população, além disso estão chegando os antibióticos e antipiréticos mais usados nas crianças, ficando coberta a demanda mais importante de medicamentos. Mas mesmo assim ainda existem alguns medicamentos básicos como a penicilina benzatinica e os antialérgicos que estão em falta.

No relacionado ao trabalho da equipe, as mudanças também foram positivas e agora a mesma está um pouco mais fortalecida o que pode ser evidenciado no aumento dos números de usuários atendidos durante as consultas, visitas domiciliares e as atividades de grupo, assim como também a diminuição do tempo de retorno daqueles usuários que precisavam de acompanhamento continuado o que sem dúvida vai refletir num melhor controle dos usuários com doenças crônicas.

Comparando a resposta dada em à pergunta “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço”, na segunda semana de ambientação do curso, e este Relatório da Análise Situacional, evidentemente a resposta da segunda semana do curso foi muito superficial, já que não contava com elementos necessários para fazer uma avaliação detalhada com todos os aspectos da situação na UBS. Com os conhecimentos adquiridos durante a realização e preenchimento dos Questionários e Cadernos de Ações Programáticas, foi possível fazer uma análise mais aprofundada, permitindo obter conhecimentos sobre as estratégias a realizar melhorias no trabalho, elevando a qualidade de vida dos usuários. Mas devemos

trabalhar para alcançar mudanças positivas na Atenção Básica, tendo como base os protocolos do MS, bem como o comprometimento de todos os membros da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O programa de atenção à saúde da pessoa idosa vem ganhando importância nos sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde, cada vez mais, a população idosa vem crescendo e o Brasil não fica fora dessa realidade. Se estima que existam mais de 17,6 milhões de idosos atualmente com tendência ao crescimento, o qual nos levará a uma inversão da pirâmide da população até o ano de 2050 (caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa). Por isso o Ministério da Saúde vem realizando um grande esforço em estimular a implementação do programa de atenção em saúde da pessoa idosa em todo o território nacional, o qual pretende melhorar a qualidade de vida da população envelhecida, que em sua grande maioria, já apresenta doenças crônicas. Nós, como profissionais da unidade de saúde do SUS, devemos contribuir e melhorar a atenção desta população, que no momento apresenta uma grande deficiência em nossa UBS.

A UBS onde atuo está localizada no bairro União, sua estrutura está formada por dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma farmácia, a direção, dois banheiros e a recepção. Somos duas equipes integradas cada uma por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. A população da área de abrangência da UBS é de 8.200 habitantes, sendo que a minha equipe tem uma população de 3.911 usuários os quais fazem uso de todos os programas de saúde, sendo os mais procurados a atenção pré-natal, a saúde da criança e saúde do idoso, o último um dos programas que apresenta maior dificuldade e com uma demanda grande apesar de ser uma população relativamente baixa, mas com umas características bastante especiais.

A população alvo da ação programática está formada por 448 usuários, que são o total de idosos residentes na área de abrangência da UBS já que as duas equipes participarão da intervenção. Atualmente a cobertura da ação programática é de 66%, pois temos 297 idosos sendo acompanhados na UBS. Além de apresentar uma baixa cobertura nossa população também apresenta uma baixa adesão o qual está evidenciado nos indicadores de qualidade do CAP que em sua grande maioria estão por embaixo do 60%, isto pode ser produto de vários fatores, como cadastros das famílias desatualizados, distância das residências em conjunto com a

dificuldade de locomoção de alguns idosos, falta de medicamentos, falta de estímulo e de interesse dos usuários. Para mudar esta realidade estamos realizando orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, orientação sobre a importância de realizar exercício físico, sobre a importância de uma boa adesão ao tratamento e sobre a assistência à consulta programada, além disso, estamos atualizando as fichas de cadastro das famílias, agendando as consultas, orientando os usuários para ir ao consultório odontológico mais próximo, tentando pedir os exames complementares correspondentes, e que estes sejam feitos no menor tempo possível, e fazendo uma avaliação clínica o mais completa possível à cada usuário nas consultas.

Após a breve descrição anterior, acho que todos os esforços para melhorar a atenção à saúde de nossa população idosa são válidos e, embora a atenção ao idoso seja uma ação que já esteja implantada, ainda apresenta um grau de implementação muito baixo pelo que a equipe esta muito motivada com esta ação e temos uma expectativa alta sobre as mudanças que podemos ajudar a produzir na população alvo o que vai refletir na qualidade de vida dos pacientes e também dos familiares. É certo que ainda temos algumas dificuldades como à falta de consultório de saúde bucal, a baixa oferta de vagas para a realização de exames laboratoriais, o baixo nível socioeconômico da população e a pouca disciplina de alguns idosos em comparecer à consulta mas com certeza essas coisas devem ir melhorando durante o processo de intervenção .

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS União, Boa Vista/RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde união para 80%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na UBS União no Município de Boa Vista, RR. Participarão da intervenção 448 idosos da área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção á saúde do idoso da unidade de saúde união para 80%.

Para alcançar esta meta vamos melhorar o acolhimento dos idosos oferecendo a informação necessária sobre o programa de atenção em saúde da pessoa idosa e dando maior prioridade possível no atendimento deles, cadastrar o maior número de idosos da área de cobertura da unidade básica de saúde (UBS) União possível, atualizar as informações do SIAB, informaremos a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso na UBS, esclareceremos a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, a importância dos idosos realizarem o acompanhamento periodicamente e as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, através de informações disponibilizadas na UBS, no momento da consulta, nas visitas domiciliares e palestras. Capacitaremos a equipe no acolhimento do idoso e aos ACS na busca

daqueles que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, além disso, capacitaremos a equipe sobre a política nacional de humanização. A capacitação ocorrerá na UBS durante o horário da reunião da equipe e tomaremos as últimas horas do expediente.

Objetivo 2: Melhorar a atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do ministério da saúde.

Vamos a capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos, treinar a equipe na avaliação multidimensional rápida assim como no encaminhamento adequado dos casos necessários, isto ocorrerá no horário da reunião da equipe. Orientaremos a comunidade destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável o qual ocorrerá durante as palestras, grupos de idosos, visitas domiciliares e consultas, do mesmo modo compartilharmos com os usuários as condutas de cada consulta. Garantiremos os recursos para realizar a avaliação multidimensional rápida em todos os usuários idosos o qual será disponibilizado pelo gestor municipal e a coordenação do posto. Definiremos as atribuições dos profissionais da equipe na avaliação multidimensional rápida o que será feito na reunião da equipe e monitoraremos a realização da mesma mensal através dos prontuários e fichas espelhos de todos os idosos acompanhados pela UBS.

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

Durante o horário de reunião capacitaremos a equipe na realização de exame clínico adequado assim como também no registro adequado dos procedimentos clínicos das consultas. Orientaremos aos usuários e comunidade quanto a doenças cardiovasculares e neurológicas e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades examinadas periodicamente, isto será feito durante as consultas, visitas domiciliares e palestras. Definiremos as atribuições dos membros da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ ou diabéticos o qual será feito na reunião da equipe e vamos garantir a busca dos usuários que não realizaram exame clínico apropriado, assim como garantiremos a agenda para

acolher os usuários diabéticos e/ou hipertensos provenientes das buscas domiciliares dando maior prioridade, também vamos garantir a referência e contra-referência dos usuários com alterações neurológicas e circulatórias nas extremidades e monitoraremos nas consultas e visitas domiciliares. Através das consultas, visitas domiciliares, prontuários e fichas espelhos monitoraremos a realização do exame clínico dos idosos acompanhados na UBS.

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

Capacitaremos a equipe nos protocolos adotados na UBS para solicitação de exames complementares, a capacitação ocorrerá durante o horário da reunião da equipe. Nas consultas, palestras e visitas domiciliares orientaremos aos usuários e comunidade sobre a necessidade da realização dos exames complementares e a periodicidade que devem ser feitos, com a ajuda do gestor municipal garantiremos a solicitação dos exames complementares assim como sua agilidade na realização, estabeleceremos sistemas de alertas para a não realização de exames complementares priorizados o qual será avaliado com o prontuário clínico e as fichas espelhos, nas consultas e visitas domiciliares monitoraremos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia a 100% dos idosos.

Na reunião da equipe realizaremos atualização dos profissionais sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes, assim como capacitaremos a equipe para orientar ao usuário sobre como obter medicamentos da farmácia popular para tratamento dessas doenças. Nas consultas, visitas domiciliares e palestra os usuários e a comunidade em geral serão orientados sobre seus direitos de ter acesso aos remédios da farmácia popular e as alternativas para obter os mesmos. Com a ajuda da técnica em farmácias realizaremos controle de estoque assim como também um registro das necessidades de remédios dos usuários de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS. Nas consultas e visitas domiciliares daremos prioridade a prescrição dos medicamentos existentes na rede de farmácias das unidades de saúde públicas para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Monitoraremos com ajuda dos usuários o acesso deles aos remédios para a hipertensão arterial e/ ou a diabetes mellitus na farmácia popular.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Durante o horário de reunião da equipe capacitaremos os ACS para o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência. Nas consultas, visitas domiciliares e palestras informaremos a comunidade sobre o programa de atenção ao idoso na unidade. Garantiremos o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa e faremos seu monitoramento através dos prontuários, fichas espelhos, consultas e visitas domiciliares.

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

Durante a reunião da equipe orientaremos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como também o reconhecimento dos usuários que necessitam visita domiciliar. Durante as visitas domiciliares, as palestras e as consultas orientaremos a comunidade sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para os idosos acamados e em quais casos devem se solicitar. A realização das visitas domiciliares será por agenda o que facilitará o monitoramento das mesmas.

Meta 2.7. Rastrear 100% de idosos para HAS.

Capacitaremos a equipe para verificação da PA no horário de reunião da equipe. Orientaremos a comunidade nas visitas e palestra sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS e a importância da realização da medida da PA após os 60 anos de idade. Melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores de HAS dando uma atenção priorizada, assim como garantiremos o material adequado para medir a PA através do gestor municipal e o diretor do posto. Também monitoraremos os idosos submetidos a rastreamento para HAS através dos prontuários e fichas espelhos.

Meta 2.8. Rastrear 100 % dos idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg para DM.

Capacitaremos a equipe no horário da reunião para realização de hemoglicoteste em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e em hipertensos. Nas visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento da DM e a importância do rastreamento em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg ou em

usuários Com HAS. Melhoraremos o acolhimento dos idosos com DM dando uma atenção prioritária e tentaremos garantir o material para fazer hemoglicoteste na UBS através do gestor e o diretor da unidade básica de saúde. Através dos prontuários clínicos e as fichas espelhos monitoraremos o número de idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos à rastreamento para DM periodicamente.

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

A equipe será capacitada durante o horário da reunião para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Informaremos a comunidade através das palestras, visitas domiciliares e consulta sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos. Acolheremos os idosos dando um tratamento priorizado onde faremos o cadastro, assim como também trabalharemos em conjunto com a UBS mais próxima que conta com serviço odontológico para o atendimento dos idosos. Monitoraremos a avaliação da necessidade deste tratamento odontológico através das consultas, visitas domiciliares, prontuários e fichas espelhos.

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

No horário de reunião da equipe faremos a capacitação sobre captação, acolhimento, cadastramento e encaminhamento dos idosos para o serviço de odontologia mais perto. Nas palestras, visitas domiciliares e consultas informaremos a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e sua importância para a saúde em geral, esclareceremos a comunidade sobre a importância da realização de exames bucais como também ouviremos proposta da comunidade para melhorar a captação e o atendimento odontológico dos idosos. Através dos prontuários e fichas espelhos monitoraremos a utilização do serviço de odontologia pelos idosos de nossa área de abrangência assim como também monitoraremos o número de usuários idosos em acompanhamento odontológico periódico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

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

No horário de reunião da equipe vamos treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realização de consultas e sua periodicidade assim como definir com a equipe a periodicidade das mesmas. Nas consultas, palestras e visitas domiciliares informaremos a comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade preconizada para a realização das mesmas, a comunidade será ouvida para evitar as faltas dos usuários nas consultas. Na reunião da equipe organizaremos visitas domiciliares para buscar idosos faltosos os quais terão uma agenda organizada para seu acolhimento assim como também monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas das previstas no protocolo de atendimento do idoso.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

No horário da reunião da equipe faremos treinamento para o preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Durante as visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. Manteremos as informações do SIAB atualizadas, assim como também manteremos um registro específico de acompanhamento do atendimento dos idosos. Na reunião da equipe pactuaremos o registro das informações e definiremos o responsável pela revisão do mesmo, o registro será organizado de forma que permita viabilizar situações de alerta enquanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, exames complementares, avaliação multidimensional rápida e os demais procedimentos preconizados.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Capacitaremos a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa o qual ocorrerá no horário da reunião da equipe. Durante as consultas, visitas domiciliares e palestra orientaremos aos usuários e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis da atenção. Nas reuniões com o gestor municipal solicitaremos a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. O registro da caderneta da pessoa idosa será monitorado pela equipe nas consultas.

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

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

No horário de reunião da equipe capacitaremos ao pessoal para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Nas consultas, palestras e visitas domiciliares os idosos serão orientados sobre seu nível de risco e a importância de seu acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Nas consultas e visitas domiciliares nosso atendimento será de acordo ao risco de morbidade de cada idoso, tendo maior prioridade os de maior risco. Além disso, monitoraremos através dos prontuários, fichas espelhos, visitas domiciliares e consultas os idosos com maior risco de morbimortalidade de nossa área de abrangência.

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

Os profissionais serão capacitados durante a reunião da equipe para identificação e registro dos indicadores da fragilização na velhice. Orientaremos durante as visitas domiciliares, as consultas e as palestras aos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância de um acompanhamento mais frequente. Nas consultas e visitas domiciliares os idosos com fragilização na velhice terão uma prioridade no atendimento. Além disso, os idosos investigados para fragilização na velhice e serão monitorados através dos prontuários, fichas espelhos e atendimento.

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

No horário de reunião capacitaremos a equipe para avaliar a rede social dos idosos. Nas palestras, visitas domiciliares e consultas os idosos e a comunidade será orientada sobre como acessar ao atendimento prioritário na UBS, além disso, estimularemos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Também facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente os quais terão prioridade. Monitoraremos a realização da rede social em todos os idosos acompanhados em nossa UBS, assim como monitoraremos a todos os idosos com rede social deficiente através dos prontuários, fichas espelhos e visitas domiciliares.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

Nas reuniões capacitaremos a equipe para promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "dez passos para alimentação saudável" ou " guia alimentar para a população brasileira", além de capacitação para orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e / ou diabéticos. Nas visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos aos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios de adaptação de hábitos alimentares saudáveis. Na reunião será definido o papel de cada membro da equipe na orientação para hábitos alimentares saudáveis. Através das visitas domiciliares, consultas, fichas espelhos e prontuários monitoraremos a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis em todos nossos usuários idosos, assim como também monitoraremos o número de idosos com obesidade ou desnutrição.

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

Os membros da equipe serão capacitados durante o horário das reuniões para orientar os idosos sobre a realização de atividades físicas regular. Os idosos e a comunidade serão orientados durante as visitas domiciliares, palestras e consultas para a realização de atividades físicas regulares e sua importância. O papel de cada membro da equipe para orientar os idosos na realização de atividades físicas regulares será definido na reunião da equipe. Através dos prontuários, fichas espelhos, consultas e visitas domiciliares monitoraremos a orientação de realização de atividades físicas regulares. Assim como estaremos monitorando o número de idosos que realizam atividade física regular de nossa área de abrangência.

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

A equipe será capacitada no horário da reunião para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias à nossos usuários idosos. Os idosos e seus familiares serão orientados durante as consultas, visitas domiciliares e palestra sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias e monitoraremos as atividades educativas individuais. As consultas serão organizadas para garantir um número de consultas adequado que permita brindar informações à nível individual à cada uns dos usuários idosos. As atividades educativas individuais serão monitoradas nas consultas e visitas domiciliares.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso, alcançando 80% desta população.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção em saúde da pessoa idosa será adotado o manual de atenção básica de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS de 2013. Utilizaremos o prontuário clínico de nossos idosos e a ficha espelho do idoso disponibilizada pelo curso (ANEXO C), a qual contém todas as informações de que precisamos para cálculo dos indicadores. Faremos contato com o gestor do município para dispor das fichas espelho necessárias.

Estimamos alcançar com nossa intervenção 358 idosos (80%). Para alcançar os objetivos serão monitorados os idosos cadastrados no programa de atenção em saúde da pessoa idosa, atividade que vai ser desenvolvida pelo médico e a enfermeira com acompanhamento mensal mediante a revisão das planilhas de coleta de dados, prontuários clínicos e as fichas espelho.

Para organizar o registro específico do programa, será revisado o livro de registro identificando todos os usuários que foram atendidos com idade igual ou superior a 60 anos nos últimos três meses. Os prontuários desses usuários serão localizados e todas as informações disponíveis no prontuário transcritas para a ficha espelho, ao mesmo tempo em que realizaremos o primeiro monitoramento sobre consultas atrasadas, exames clínicos e de laboratório e consulta odontológica em atraso.

Daremos início à intervenção com a capacitação de cada membro da equipe sobre o manual técnico de atenção em saúde da pessoa idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Além disso, capacitaremos a equipe em acolhimento ao idoso, em política nacional de humanização, aplicação da avaliação multidimensional rápida, encaminhamento adequado, exame clínico apropriado, registro apropriado dos procedimentos nas consultas, na solicitação de

exames complementares, na orientação ao usuário sobre as alternativas para obter acesso aos remédios da farmácia popular, para o tratamento da HAS e DM, na verificação da PA de forma criteriosa, na realização de hemoglicoteste em idosos com PA sustentada maior que 135 /80 mmHg ou para com diagnóstico de HAS, para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, na realização do acolhimento do idoso de acordo com o protocolo, na realização do cadastro, identificação e encaminhamento de idosos para serviços odontológico, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento ao idoso, na identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade, na identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, na orientação ao idoso na realização de atividade física regular, na orientação de higiene bucal e próteses dentárias, rede social do idoso e na promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável ou guia alimentar da população brasileira.

Além disso, capacitaremos aos ACS sobre: busca de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de nossa área de abrangência, sobre os casos que precisam de visita domiciliar, na captação de idosos, na orientação do idoso quanto à realização de consultas e sua periodicidade. Estas capacitações ocorrerão na UBS. Para isto, serão reservadas três horas do expediente, no horário que tradicionalmente utilizamos para a reunião da equipe, cada membro da equipe (agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico) estudará uma parte do manual técnico para participar na reunião e exporá o conteúdo para todos os presentes.

A comunidade e os idosos serão informados e/ou orientados sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre a facilidade de realizá-lo na unidade de saúde, a existência do programa de atenção em saúde da pessoa idosa na UBS, a importância da realização da medida da PA após os 60 anos de idade, fatores de risco para desenvolvimento de HAS, a importância de rastreamento para DM em idosos com PA sustentada maior que 135 /80 e para aqueles com diagnóstico de HAS, sobre fatores de risco para desenvolvimento de DM, a importância de avaliar a saúde bucal, o atendimento odontológico prioritário do idoso e sua importância para a saúde geral, a importância da realização da consulta e periodicidade preconizada para idosos, importância de portar a caderneta

sempre que for se consultar, sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, sobre como acessar o atendimento priorizado na UBS, benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, a realização de atividades físicas, a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Estas atividades serão realizadas pela equipe nas atividades de grupos de idosos (de 3/3 semanas) as quais serão realizadas nas igrejas da área de abrangência e também serão desenvolvidas por cada membro da equipe nas visitas domiciliar e nas consultas aos idosos como a enfermeira e/ou médico. Os ACS farão o papel de divulgação das atividades na comunidade, bem como divulgaremos na própria unidade.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço em nossa UBS será realizado principalmente pela técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe, idosos com problemas de saúde agudo e com problemas de locomoção serão atendidos no mesmo turno, com o que será agilizado o tratamento de intercorrências e humanizado o serviço. Idosos que buscarem consulta de rotina serão atendidos no mesmo turno quando tiver vagas, se não existirem vagas serão agendados para uma consulta o mais perto possível a partir da data que procurou a unidade básica de saúde. Todos os idosos sairão da unidade com a seguinte consulta ou visita domiciliar agendada, assim como também organizaremos as visitas domiciliares priorizando os idosos com problemas de locomoção e os idosos faltosos.

Em relação à disponibilidade dos materiais como fita métrica, esfigmomanometro, hemoglicoteste, fitas reativas, lancetas e balança (já disponíveis na unidade), assim como o livro de registro específico de atenção ao idoso e a disponibilidade da caderneta de saúde da pessoa idosa serão monitorados pela enfermeira e o médico. A garantia dos medicamentos básicos estimados no SUS para os idosos com doenças crônicas serão desenvolvidos pela técnica de farmácia que semanalmente fará o inventário dos medicamentos na farmácia e o pedido deles na secretaria municipal de saúde para garantir o estoque básico a nossos usuários.

Semanalmente a enfermeira e/ou o médico revisarão as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, visitas domiciliares, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde da área de abrangência fará a busca ativa de todos os idosos em atraso, estima-se 9 por semana totalizando 36 por mês, ao mesmo tempo que agendara o idoso para

um horário da sua conveniência. Ao final da semana as informações da ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica (ANEXO B).

3 Relatório da Intervenção

Chegamos ao final da intervenção na ação programática Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF na UBS União, Boa Vista/RR. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas, não coincidindo com o planejado de 16 semanas, pois houve o encurtamento da intervenção determinado pela coordenação do Curso EaD de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. Foi iniciada no dia 17 de fevereiro e finalizada no dia 31 de abril do ano 2015. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na ação programática, com melhoria na cobertura e na qualidade dos indicadores.

Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na UBS, buscamos fazer todas as atividades segundo o planejado no cronograma, na logística e na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações, documentos estes elaborados durante a construção do projeto na unidade Análise Estratégica e baseados nos protocolos do MS (Caderno da atenção básica de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do ano de 2013).

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A primeira semana da intervenção penso ter sido a mais difícil já que estávamos começando algumas mudanças com relação a atenção em saúde de nossos usuários idosos da UBS União e, como a maioria das coisas na vida, as mudanças geralmente geram estresse, pois dar o primeiro passo é sempre complicado. Mas com a ajuda das duas equipes foi possível dar início com as atividades de menor complexidade.

A primeira atividade realizada foi a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção em saúde da pessoa idosa, onde participaram os profissionais das duas equipes. Esta ação foi realizada na primeira semana da intervenção durante o horário de reunião da equipe mediante uma apresentação em Power Point e facilitada pela disponibilidade de todos para participar ativamente da mesma. No mesmo dia também foi feita a capacitação dos agentes comunitários de saúde para a realização da busca ativa dos usuários idosos faltosos à consulta programada. Tivemos a facilidade de que participaram todos os ACS, eles mostraram sua disponibilidade em 100% para fazer as buscas e fizeram alguns aportes muito importantes, o que facilitou o fluxo da atividade e permitiu a realização na sua totalidade, sem apresentar dificuldade. Outra atividade desenvolvida pela equipe foi o estabelecimento do papel de cada um dos profissionais no desenvolvimento da ação programática. Todas estas atividades, por suas características de ser curtas e pouco complexas, foram desenvolvidas integralmente e sem dificuldade, os profissionais sempre estiveram muito dispostos para nos ajudar com as mudanças que fossem necessárias para melhorar a qualidade da atenção em saúde da população idosa.

Durante a primeira semana também foi feita a impressão de uma parte das fichas espelhos e as demais foram impressas à cada 15 dias para aproveitar a quota que disponibiliza a secretária municipal de saúde para a unidade de saúde mensalmente. Esta atividade foi feita regularmente de 15/ 15 dias e contamos com a colaboração do diretor da UBS, o que facilitou a impressão da totalidade das fichas espelhos sem precisar procurar em outras instituições, ou seja, não apresentamos dificuldade alguma com esta atividade.

O cadastramento dos usuários idosos foi uma atividade desenvolvida durante todo o tempo da intervenção, no atendimento clínico e nas visitas domiciliares. A facilidade no desenvolvimento desta ação foi à disponibilidade dos ACS para ajudar de forma ativa na realização do cadastro dos usuários, mesmo assim apresentamos algumas dificuldades sendo a mais importante a falta dos ACS, o que deixou algumas micro áreas descobertas, tornando bem difícil a busca dos usuários para realizar o cadastro e ser atendidos na consulta ou nas visitas. Outra dificuldade importante que tivemos com o cadastro foi que muitas residências não foram encontrados ninguém durante as visitas feitas para nos informar sobre os moradores, por estas dificuldades e pela orientação do curso da UFPEL para

terminar a intervenção antes do previsto inicialmente não foi possível cumprir com a meta de 80% de idosos cadastrado.

O atendimento clínico dos usuários na UBS foi muito positivo já que conseguimos diminuir os dias desde o agendamento da consulta até o atendimento. A grande maioria dos usuários que procuraram a UBS por problemas agudos foram atendidos no mesmo momento ou no horário do expediente mais próximo, quando não foi possível fazer o atendimento no momento, e as características do usuário o permitiam, tudo isso facilitado pela dedicação de cada um dos profissionais de UBS. Acho que a facilidade com que os usuários estão conseguindo ser atendidos, somado ao tempo que estamos dedicando quando for necessário para orientar á cada usuário sobre suas doenças e a importância de que eles fizeram o tratamento como foi indicado para evitar complicações futuras, foram a chave para a equipe conseguir melhorar o controle de doenças crônicas em um número importante de usuários. Mas nem tudo foi bom e apresentamos dificuldades com um grande número de idosos que não apresentavam um bom controle das doenças crônicas porque não tinham uma boa adesão ao tratamento, já que muitos não acreditam ainda que sua doença é crônica, ou nos graves problemas que podem produzir se não são controladas e, pior ainda, muitos não aceitam que estavam com a doença, o que dificulta bastante a adesão deles aos tratamentos. Outra dificuldade foi que não conseguimos atingir a meta do número de usuários atendidos com cadastro novo, em parte, pela redução do número de semanas da intervenção e também pelas dificuldades no cadastro de novos usuários pela falta de ACS.

Foram realizados contatos com as lideranças comunitárias para conversar sobre importância da ação programática de atenção em saúde da pessoa idosa. Estes contatos aconteceram dentro do cronograma planejado, mas apresentamos a dificuldade que não foi possível fazer o contato com todos os líderes, só foi possível fazer as atividades com os líderes das diferentes igrejas presentes em nossa área de abrangência e contamos com o apoio total deles, os quais disponibilizaram seus espaços para fazer nossas atividades de grupo e também na orientação dos usuários para irem as diferentes atividades planejadas para eles, o que facilitou muito o desenvolvimento da ação. As atividades educativas realizadas contaram com uma participação ampla dos idosos, e conseguimos desenvolver as orientações propostas no projeto.

Nossas atividades de grupo com os idosos foram desenvolvidas com o apoio toda a equipe e dos líderes da comunidade os quais sempre estão prestes para nos ajudar com os espaços para o desenvolvimento das mesmas. Estas foram muito bem recebida pela comunidade, mesmo quando a equipe já vinha fazendo os encontros com muita anterioridade, o que facilitou muito sua continuidade e aprimoramento. As reuniões com idosos permitiram ter um contato mais perto com nossa população alvo e com alguns familiares, isto foi bom para tirar uma boa parte de suas dúvidas e ajudou a melhorar adesão aos tratamentos e pontualidade na assistência às consultas programadas. Apresentamos dificuldades como um número de participantes inferior ao esperado em algumas das reuniões pela chuva e em outras pelos usuários ter outras atividades programadas no mesmo horário. Tivemos uma atividade que não foi feita porque foi uma semana onde só trabalhamos dois dias, a mesma foi trocada para a próxima semana para dar continuidade às atividades mesmo sendo terminada a intervenção já.



Figura 3- Foto do grupo de idosos UBS União.



Figura 4- Foto do grupo de idosos UBS União. Boa Vista/RR. 2015

As atividades de busca ativa dos usuários faltosos foram desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. Nesta atividade tivemos a facilidade de que os usuários faltosos todos moravam em áreas cobertas pelos ACS, o que facilitou sua busca ativa. Outra coisa que facilitou muito a busca desses usuários foi que a porcentagem de faltosos não foi muito alta, estas atividades foram cumpridas integralmente. Outra atividade desenvolvida pelos ACS foi o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência, esta ação foi facilitada pelo conhecimento que tem os ACS dos moradores de suas micro áreas e tivemos dificuldades como a falta de cobertura em algumas micro áreas pelos agentes comunitários de saúde, por isto não foi possível fazer o mapeamento nestas áreas. Também apresentamos dificuldades em alguns casos de área com ACS mas que os moradores não ficam em casa durante o horário de trabalho da unidade de saúde pelo que não foi possível mapear alguns usuários e cumprir essa atividade no 100%.

As visitas domiciliares são parte importante de nosso atendimento e as mesmas foram feitas dando prioridade os usuários idosos que apresentavam dificuldade de locomoção ou estavam acamados. As visitas foram realizadas no expediente da manhã de todas as segundas feiras e elas já faziam parte da rotina o que facilitou muito sua continuidade e aprimoramento. Uma das dificuldades mais importante foi a falta de alguns agentes comunitários de saúde pela função que eles desenvolvem entre a comunidade e a equipe, isto não permitiu que algumas micro áreas tiveram as visitas do agendamento regular e só foi possível visitar alguns usuários que os familiares solicitaram as mesmas. Outra dificuldade que tivemos foi

que, em um número importante de casos, as visitas eram feitas, mas o usuário não estava em casa no momento. Ainda, não foi possível fazer todas as visitas domiciliares como estavam programadas por apresentar um feriado municipal e um ponto facultativo.

Os exames complementares foram solicitados com facilidade e como estava previsto o pedido foi feito para todos os usuários que tinham critérios, mas mesmo sendo solicitados com a periodicidade estabelecida uma grande maioria dos usuários não consegue fazer no tempo desejado e outros não fazem porque torna-se muito difícil para eles já que no município apresentamos uma grande deficiência de laboratórios públicos e a maior parte dos usuários relatam não ter como fazer os exames nos laboratórios privados que é muito mais rápido. Ao final, mesmo sendo solicitados todos os exames no tempo previsto, não adianta muito se a grande maioria dos usuários não consegue fazer ou não consegue fazer no tempo desejado.

No atendimento odontológico tivemos facilidade para fazer a avaliação e o encaminhamento de todos os usuários que tinham critérios de avaliação odontológico, mas apresentamos dificuldades como a falta de consultórios de saúde bucal em nossa unidade de saúde, uma realidade bastante comum para a maioria das UBS do município de Boa Vista, pelo que os usuários tinham que procurar outra UBS para ser atendido. Ao final, terminavam desistindo alguns pela distância de suas residências até as UBS que estão oferecendo o atendimento de saúde bucal, outros pelo longo tempo de espera para ser atendidos e também têm os que não acham importante o atendimento odontológico e não procuram ser atendidos.

Enquanto a atualização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) a equipe enviou mensalmente toda a informação para a secretária municipal de saúde, tivemos a facilidade de que esta informação já tinha sendo enviada com anterioridade ao início de nossa intervenção e pelo mesmo não apresentamos dificuldade sendo possível cumprir com esta ação integralmente.

Nossas reuniões com os gestores aconteceram sem dificuldade alguma e eles sempre estiverem com boa disponibilidade para nos ajudar com os recursos disponíveis. Foi possível fazer três reuniões das quatro programadas devido à que por orientações da UFPEL o período intervenção foi reduzido para 12 semanas, mas foi muito bem recebida a participação do gestor e aqui sempre falou disso em nossas atividades de monitoramento da intervenção, as quais sempre foram

realizadas semanalmente no horário da reunião da equipe, o que facilitou a participação de todos e tornou mais fácil nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas, mesmo quando não foram cumpridas de forma integral por apresentar diferentes dificuldades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A dificuldade mais visível foi o aumento do tempo de atendimento na maioria dos usuários idosos para o preenchimento da ficha espelho nos que consultavam pela primeira vez, mas com o decorrer do tempo depois que muitos já tinham essa primeira avaliação feita o fluxo dos usuários melhorou. Durante as primeiras semanas também apresentemos alguns problemas na sistematização dos dados, mas foi porque eu não tinha entendido bem, isso foi solucionado com a ajuda de minha orientadora que sempre está disponível para me ajudar. Com relação aos indicadores, o único problema que tive, e acho que foi em geral para todos da turma que estávamos trabalhando com atenção em saúde da pessoa idosa, foi um erro que tinha a planilha e dava um indicador incorreto, mas logo de ser reportado a orientadora foi disponibilizada uma nova planilha e o problema foi resolvido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Enquanto a incorporação das ações do projeto na rotina de nosso atendimento na unidade de saúde união é importante dizer que algumas atividades como os grupos de idosos, as visitas domiciliares, cadastramento de usuários idosos, o atendimento clínico dos idosos e a solicitação de exames complementares já eram atividades que estavam sendo desenvolvidas em nossa área o que facilitou a incorporação das outras atividades e o aprimoramento das que já eram rotina. Além disso, a equipe ficou muito satisfeita com o feito até agora pelo que acredito que a continuidade da ação programática mesmo com o término do curso está garantida. Acredito que temos que trabalhar bastante ainda para aumentar a cobertura de atenção em saúde do idoso, é uma ferramenta muito importante será

os novos agentes comunitários de saúde que chegarem para as áreas que agora estão descobertas, porque a maior parte dos usuários sem ser cadastrado ainda moram nas quatro micro áreas que estão sem ACS no momento. Também devemos incentivar à nossos ACS para fazer um cadastro do 100% dos usuários idosos nas áreas que agora estão cobertas. Acho as outras coisas que precisam ser melhoradas não dependem de nossa governabilidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS união teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa. A UBS atende a população dos bairros União, Caraná e Jardim Caraná no município de Boa Vista, estado de Roraima. A área de abrangência da UBS tem uma população total estimada de 8.200 habitantes onde 448 são usuários de 60 anos ou mais representando o 5,46% da população total da área, o que é um número inferior a média nacional que é de 10%, mas penso que pode ser devido a população ser muito carente a qual geralmente têm uma pirâmide com a população idosa menor.

Os dados mostram os resultados da intervenção ao longo de 12 semanas na UBS, mesmo que os resultados tenham sido melhorados progressivamente, não conseguimos atingir a meta de cobertura da atenção em saúde da pessoa idosa proposta de 80% (358 idosos). Acredito que em parte tenha sido pela redução do tempo para a intervenção (mudou de 16 para 12 semanas) e em parte pela falta de agentes comunitários de saúde em micro áreas importantes. Mesmo assim, fico satisfeito, pois embora a meta de cobertura não tenha sido atingida alcançamos a maioria dos objetivos e metas relacionados com a qualidade da atenção, o que é muito importante, porque com certeza vai mudar a qualidade de vida de nossos usuários e seus familiares.

Em relação ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: ampliar a cobertura de atenção á saúde do idoso da área da unidade de saúde união para 80%.

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

No primeiro mês da intervenção tivemos 62 idosos cadastrados (14%), no segundo mês foi possível ter um cadastro total de 145 idosos (32%) e no terceiro mês atingimos os 205 idosos cadastrados (46%) da área de abrangência. A verdade é um número de usuários cadastrados inferior ao proposto no início do projeto de intervenção, ou seja, não atingimos a meta de 80% (Figura 5). Mas acredito que em parte seja pela ausência de agentes comunitários de saúde em 04 micro áreas e também pelo término da intervenção 04 semanas antes do previsto inicialmente.

O resultado alcançado foi possível graças ao empenho de toda a equipe, principalmente dos ACS das micro áreas cobertas, fazendo a captação dos idosos da área de abrangência por meio das visitas, bem como a divulgação do programa aos líderes comunitários e à comunidade.

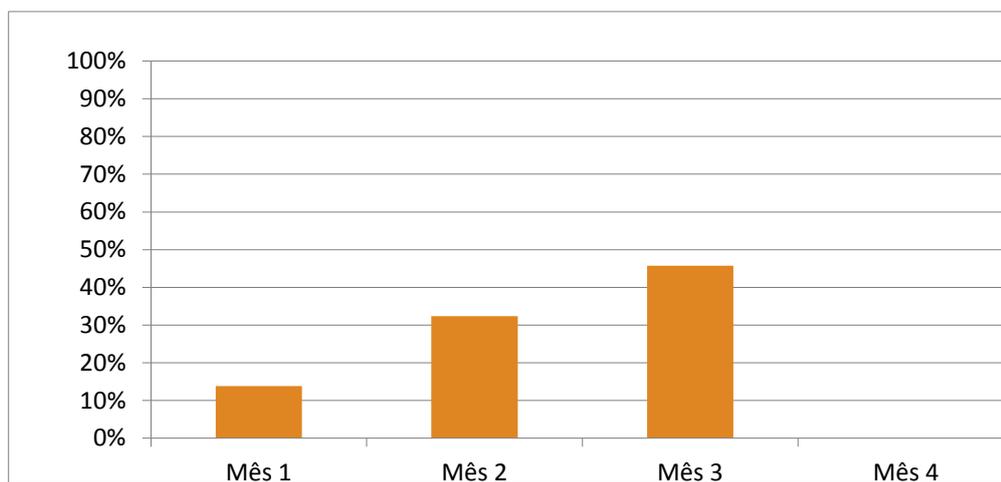


Figura 5: Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS união. Boa Vista/RR. 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Em relação ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida a 100% dos idosos da área de abrangência.

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

Este indicador alcançou a meta de 100% nos três meses da intervenção. No primeiro mês foram avaliados 62 usuários, no segundo mês o somatório foi de 145 idosos e no terceiro mês foram 205 idosos. Durante os três meses da intervenção 100% dos usuários cadastrados tiveram sua avaliação multidimensional rápida em dia, o que é muito positivo porque ajuda a melhorar a qualidade da atenção brindada, assim como também serve para ter um resumo das condições da saúde de cada um dos usuários em acompanhamento.

Para alcançar estes resultados, a equipe de saúde teve que trabalhar para melhorar o atendimento e a avaliação dos usuários em cada consulta e visita domiciliar, realizando a avaliação multidimensional rápida e registrando nos

prontuários individual e nas fichas de espelho os dados obtidos, para que se pudesse monitorar os mesmos ao final de cada semana.

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

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

Este indicador também alcançou os 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram examinados 62 usuários, no segundo mês a somatório foi de 145 e no terceiro mês foi 205. Dessa forma, nos três meses da intervenção 100% dos usuários tiveram o exame clínico apropriado em dia o que é sem dúvida uma melhora significativa na qualidade da atenção a nossa população de idosos.

Para alcançar estes resultados, a equipe de saúde teve que trabalhar para melhorar o atendimento e a avaliação dos idosos em cada consulta e visita domiciliar, realizando um exame clínico integral, registrando nos prontuários individual e nas fichas de espelho os dados obtidos no exame clínico para que se pudesse monitorar os mesmos ao final de cada semana.

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

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

No primeiro mês foram solicitados exames para 47 idosos hipertensos e/ou diabéticos, no segundo mês o total foi 121 e no terceiro mês 171 usuários, ou seja, equivaleu aos 100% nos três meses de intervenção. Como podemos observar, esta meta foi atingida, já que conseguimos solicitar os exames aos 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos durante a intervenção durante os 03 meses.

Só achei um pouco ruim que embora, os exames foram solicitados como preconizado pelo MS, foram poucos os idosos que conseguiram fazer os exames, devido a pouca disponibilidade de vagas nos laboratórios do município e a carência da população atendida, o que não permitiu fazer uma avaliação dos usuários utilizando os resultados dos exames solicitados.

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

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

No primeiro mês foram priorizados a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 47 usuários cadastrados (76%), no segundo mês o total de usuários foi de 121 (83%) e fechamos a intervenção no terceiro mês com 171 usuários (83%) da população idosa que participou no programa. Não conseguimos atingir a meta proposta que era de 100%, mas acredito que seja porque alguns dos usuários precisavam de remédios que não são fornecidos pelo SUS. Mesmo assim a porcentagem de usuários com prescrição de medicamentos na farmácia popular priorizada se manteve alto durante os três meses da intervenção e esperamos continuar assim ou melhorar nos próximos meses, com a continuidade da intervenção incorporada a UBS, já que isto garante uma melhor acessibilidade das doentes aos medicamentos o que favorece um melhor controle das doenças crônicas.

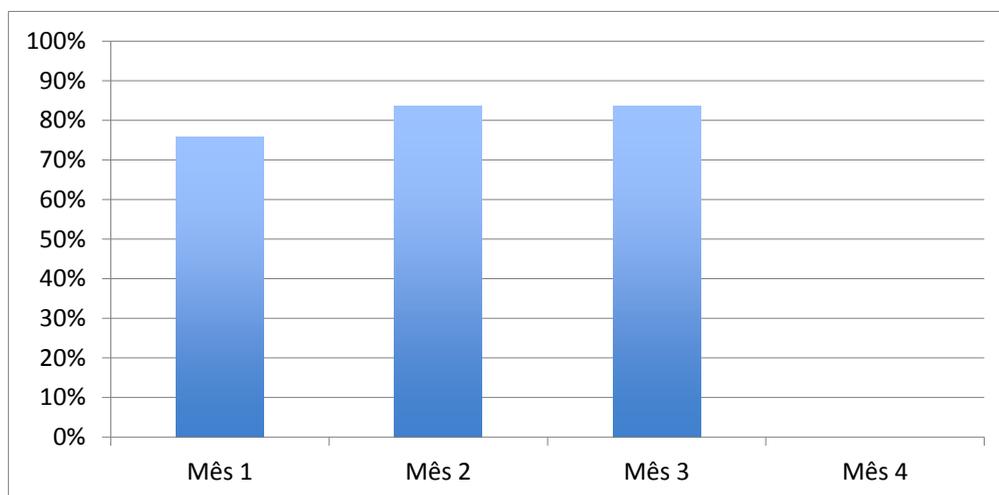


Figura 6: Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS união. Boa Vista/RR. 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 03 idosos acamados ou com problemas de locomoção, no segundo mês o total chegou a 11 idosos e no final do terceiro mês da intervenção foram 26 idosos, alcançando 100% nos três meses da intervenção. Estes 26 usuários acamados ou com problemas de locomoção equivalem a 12,6% do total dos usuários idosos cadastrados durante a intervenção, estando um pouco acima da média nacional que é de 8%. Mas como não foi possível cadastrar todos os usuários da área, então temos um indicador parcialmente completo.

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

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

No primeiro mês da intervenção foram visitados 03 usuários, no segundo mês foram 11 usuários e no terceiro mês 26 usuários, alcançando 100% nos três meses da intervenção. Ou seja, cumprimos totalmente esta meta, o que pode ser visto como uma melhoria significativa na qualidade da atenção para a população com mais dificuldade de locomoção para procurar as unidades básicas de saúde ou outros serviços de atendimento médico. Este resultado foi possível graças ao apoio dos ACS, que sinalizava para a equipe os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção das suas micro áreas, realizando o agendamento da visita com toda a equipe.

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

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

No primeiro mês da intervenção foram rastreados 62 idosos para verificar a presença da HAS, no segundo mês foram rastreados em total 145 idosos e no terceiro mês o total de 205 idosos, atingindo 100% nos três meses da intervenção. Como vemos, conseguimos atingir a meta proposta, meta muito relevante porque um número importante de usuários é hipertenso, mas não sabem que têm a doença, como foi possível observar durante nossa intervenção. É bom destacar que esse rastreamento já vinha sendo feito de forma integral antes do início de nossa intervenção, já que os idosos que são atendidos em consulta sempre passam pela triagem onde é aferida a pressão arterial pelas técnicas de enfermagem.

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

No primeiro mês da intervenção foram rastreados 44 idosos hipertensos para a DM, no segundo mês foram 114 e no terceiro mês foram 163 idosos hipertensos rastreados para a DM. Assim, alcançamos a meta de 100% para este indicador. O rastreamento destes usuários foi muito importante porque números elevados de idosos hipertensos são diabéticos e não sabem. Em nossa intervenção, mediante o rastreamento, foi possível chegar a diagnosticar um número importante de usuários hipertensos com diabetes associada. Isto foi possível por contar com a disponibilidade de glicosímetros e fitas reativas suficiente, além da disponibilidade do pessoal de enfermagem encarregado do rastreamento, realizando criteriosamente esse rastreamento em todos os idosos hipertensos da intervenção.

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

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

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 62 idosos sobre a necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram 145 idosos e no terceiro mês 205 idosos avaliados, mantendo assim uma avaliação de 100% dos usuários em cada um dos três meses da intervenção com o que conseguimos atingir a meta proposta. Agora temos que continuar assim para manter os resultados alcançados na intervenção. As ações para cumprir estas metas foram realizadas com apoio da equipe, onde nas visitas domiciliares e atividades coletivas com os idosos eram feitas essa avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientando a buscar o atendimento em outra UBS, já que não dispunha de consultório odontológico em nossa UBS.

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

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

Este indicador permaneceu zerado nos três meses da intervenção, ou seja, nenhum dos idosos acompanhados conseguiram realizar a primeira consulta odontológica (0%), dando como resultado uma meta que não foi possível cumprir. Nossa UBS não tem consultório odontológico e, além disso, na cidade de Boa Vista

o serviço odontológico que oferecido pelo SUS ainda não têm uma cobertura desejada, por isso os usuários procuram outras UBS e muitas vezes desistem pela demora do agendamento. Também temos usuários que não procuram o serviço por não ter como se locomover até o consultório odontológico mais próximo ou porque não dão a importância que merece o atendimento em saúde bucal. Esta é uma meta na qual continuaremos trabalhando muito para melhorar esses indicadores, o ruim é que a única coisa que depende de nossa governabilidade é orientar os usuários sobre a importância da saúde bucal, orientação que já estamos dando desde o início da intervenção, mas acho que devemos fazer um esforço maior para tentar melhorar esse indicador.

Em relação ao objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

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

O número de faltosos foi aumentando no decorrer da intervenção. No primeiro mês tivemos só 02 usuários faltosos e os mesmos receberam busca ativa (100%). No segundo mês o total de usuários faltosos chegou a 7, os mesmos receberam busca ativa neste mês (100%). E no terceiro mês fechou com 21 idosos faltosos, tendo feito a busca ativa em todos eles (100%). Assim, atingimos a meta estabelecida nos três meses. A busca ativa foi facilitada pelo trabalho oportuno dos agentes comunitários de saúde das micro áreas correspondentes, cumprindo assim a meta integralmente.

Em relação ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Atingimos a meta proposta integralmente para este indicador nos três meses da intervenção e esperamos dar continuidade ao trabalho alcançado. Durante o primeiro mês da intervenção tínhamos 62 usuários com os registros da ficha espelho, no segundo mês o total foi de 145 e no terceiro mês a somatória foi de 205 usuários (100%). Podemos afirmar que a equipe de saúde fez uma capacitação adequada que permitiu desde início da intervenção confeccionar os registros dos idosos devidamente preenchidos com todos os dados e informações feitas de forma corretas, seja nas consultas ou visitas domiciliares (nos prontuários individuais e

fichas espelhos). Este registro começa na recepção e ao final da consulta a equipe avaliava os registros para detectar erros da informação registrada.

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.

Conseguimos atingir a meta integralmente para este indicador e esperamos manter estes resultados no futuro. No primeiro mês foram distribuídas a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 62 idosos cadastrados, no segundo mês o total foi de 145 idosos e no terceiro mês, 205 idosos, para aos quais foi distribuída a caderneta representando, atingindo 100% nos três meses. Esse resultado foi possível graças à disponibilidade da caderneta na unidade, por meio do apoio da gestão.

Com relação ao objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

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

Alcançamos integralmente a meta proposta para este indicador e sem dúvida melhoramos a qualidade da atenção, assim como também a organização e qualidade do prontuário, o que facilitou a obtenção das informações mais relevantes. No primeiro mês 62 usuários foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade, no segundo mês foram 145 idosos e no terceiro mês foram 205 idosos, alcançando 100% nos três meses.

Em cada consulta se realizava a avaliação a cada idoso cadastrado tendo em conta os sintomas referidos por eles, exame físico e os resultados dos exames complementares. Foram priorizados os usuários avaliados como de alto risco agendando o atendimento rápido desta demanda. Orientamos aos idosos em relação ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e adequado controle dos fatores de risco modificáveis para minimizar as complicações de doenças como a HAS e DM.

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.

Todos os idosos tiveram avaliação para fragilização na velhice em dia nos três meses da intervenção. Com estes resultados conseguimos atingir integralmente a meta proposta. Durante o primeiro mês foram avaliados 62 idosos, no segundo mês o total foi de 145 idosos e no terceiro mês finalizando a intervenção com 205 idosos avaliados (100%). Da mesma forma, em cada consulta se realizava a avaliação a cada idoso cadastrado tendo em conta os sintomas referidos por eles, exame físico e os resultados dos exames complementares.

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

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

Todos os usuários tiveram avaliação de rede social em dia com o que atingimos a meta integralmente e sem dúvida melhoramos a qualidade da atenção aos usuários. No primeiro mês foram avaliados 62 usuários o que equivale a 100% dos idosos cadastrados, no segundo mês o total foi de 145 representando o 100% dos usuários e no terceiro mês o total foi de 205 usuários 100%.

No relacionado ao objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

Para estes três indicadores, conseguimos atingir as metas estabelecidas de forma integral (100%) durante os três meses da intervenção, isto com certeza melhorou a qualidade de vida dos usuários. No primeiro mês, 62 idosos foram orientados quanto à hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e higiene bucal, no segundo mês foram 145 usuários e no terceiro mês foram

205 idosos, alcançando 100% nos três meses da intervenção. Estas orientações são fundamentais na prevenção e controle das doenças crônicas mais frequentes na população idosa. Graças ao envolvimento da equipe e realização das atividades educativas conseguimos atingir as metas propostas nestes indicadores.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde (UBS) união propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários idosos, melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque na avaliação multidimensional rápida e da fragilização na velhice, exame físico dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso em todos os diabéticos, avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico e orientação sobre higiene bucal, solicitação de exames complementares para todos os usuários hipertensos e /ou diabéticos, priorização na prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação de risco para morbimortalidade, orientação nutricional e de prática de atividade física, assim como a busca ativa de todos os usuários faltosos nas consultas programadas e realização das visitas domiciliares para todos os usuários acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Ademais foi criada uma agenda semanal com dois expedientes de saúde do idoso e atendimento priorizado para os mesmos nos outros expedientes.

Para a equipe a intervenção teve uma grande importância, pois para o desenvolvimento das ações recomendadas pelo MS foi necessária uma melhor preparação de todos os membros em temas como o acolhimento dos idosos, cadastramento de usuários, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças mais frequentes nessa idade, assim como também sobre a busca ativa dos usuários faltosos nas consultas programadas. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da recepcionista, farmacêutico, ACS, técnico de enfermagem, enfermeira e médico, o que proporcionou um maior desempenho da equipe, pois antes cada um fazia sua parte separada. O técnico de enfermagem ficou responsável pelo acolhimento e a classificação de risco inicial dos usuários, garantindo com isso um atendimento oportuno em dependência das necessidades de cada usuário; os ACS ficaram responsáveis pela busca ativa dos usuários faltosos nas consultas programadas, distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa em conjunto com a técnica de enfermagem e as visitas domiciliares em conjunto com a

enfermeira e o médico; a enfermeira ficou responsável pelo registro e monitoramento das ações e as capacitações e as atividades de grupo de idosos em conjunto com o médico; o médico além das atividades já citadas ficou responsável também pelas consultas garantindo a integralidade das mesmas.

Antes da intervenção as atividades de atenção em saúde da pessoa idosa não tinham uma boa organização e todos os usuários eram atendidos mediante demanda espontânea e por ordem de chegada, sem avaliar as particularidades de cada um deles para priorizar seu atendimento. Com a disponibilização de dois expedientes para a atenção ao idoso e a melhora na classificação de risco nos permitiu planejar um atendimento mais organizado e diferenciado, dando prioridade aqueles casos que mais precisavam, otimizando o serviço prestado.

O impacto da intervenção para a comunidade ainda não é tão grande como esperávamos já que não foi possível atingir a meta de cobertura prevista que era de 80%, mas a grande maioria dos usuários idosos acompanhados pela equipe e seus familiares atualmente manifestam sua satisfação com os serviços fornecidos, a prioridade no atendimento, a qualidade do atendimento e os esforços para satisfazer a necessidade de cada um deles. Ainda estamos tendo um número elevado de usuários insatisfeitos na sala de espera, já que eles não conseguem compreender o motivo da priorização dada aos usuários idosos. Apesar do grande esforço feito pela equipe ainda temos um grande número de usuários idosos sem cobertura, o que se constitui em um desafio muito importante para nós durante os próximos meses.

Se tivesse que realizar a intervenção neste momento discutiria todas as ações a desenvolver com a equipe desde o início da análise situacional, o que sem dúvida facilitaria tudo, já que a equipe estaria mais articulada o que permitiria fazer uma análise mais profunda das ações a serem realizadas melhorando os resultados. Além do anterior, faria uma melhor articulação com a comunidade para explicitar o trabalho a desenvolver e os critérios priorização da atenção e discutir a melhor forma de implementar os mesmos. Agora que estamos finalizando a intervenção, percebo que a equipe está melhor integrada e como vamos incorporar as ações da intervenção na rotina tenho certeza de que conseguiremos superar as dificuldades com maior facilidade já que temos a experiência do trabalho feito até hoje.

A intervenção será incorporada na rotina de trabalho da UBS, a maioria das ações já fazia parte da rotina da mesma, mas ainda faltam algumas que serão

incorporadas e outras que serão melhoradas. Ampliaremos o trabalho com a comunidade de conscientização sobre a importância do atendimento priorizado aos grupos de idosos, em especial aqueles de maior risco. Acho que teremos que fazer um grande esforço para melhorar os indicadores de cobertura de atenção em saúde do idoso o qual deve melhorar com a incorporação dos ACS nas áreas descobertas já que eles são de grande ajuda no cadastro de novos usuários. Outro ponto importante no qual faremos todo o possível para melhorar é no atendimento odontológico, para o qual tentaremos trabalhar em parceria com a UBS mais próxima e avaliar a possibilidade de que eles liberem algumas vagas do atendimento odontológico para nossa população idosa, mas será um tema difícil já que o mesmo não depende de nossa governabilidade.

Nos próximos meses pretendemos continuar trabalhando para melhorar todas as ações que ficaram com resultados inferiores aos esperados. Aproveitando a experiência vivida durante este período da intervenção penso que podemos implementar outros programas os quais serão avaliados previamente com a equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

A intervenção na Unidade Básica de Saúde União sobre atenção em saúde do idoso foi escolhida após preenchermos vários questionários disponibilizados pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL e ter feito uma análise das necessidades da população da área de abrangência onde percebemos que tínhamos um número de 448 usuários idosos e apresentávamos uma debilidade muito grande no serviço oferecido. Nossa intervenção foi realizada durante o período de 12 semanas e começou com a capacitação dos profissionais da UBS sobre os protocolos de atenção em saúde da pessoa idosa, capacitação dos ACS para a realização da busca ativa dos idosos faltosos as consultas programadas e o estabelecimento do papel dos profissionais no desenvolvimento da ação programática.

A intervenção propiciou uma melhoria significativa na qualidade do atendimento oferecido para os usuários idosos da área de abrangência, assim como também permitiu uma ampliação da cobertura no atendimento dos mesmos; durante estas 12 semanas foram cadastrados um total de 205 usuários o que corresponde ao 46% da população idosa total, este número é inferior ao proposto na intervenção, mas se justifica em grande parte pela falta de ACS o que deixa várias áreas descobertas. Além disso, houve uma mudança na duração da intervenção, que inicialmente era de 16 semanas, sendo reduzida em 04 semanas.

Durante este período de tempo todos os usuários tiveram avaliação multidimensional rápida, assim como o exame clínico apropriado incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medição da sensibilidade a cada 3 meses para os usuários diabéticos; solicitamos exames complementares periódicos para todos os idosos hipertensos e /ou diabéticos dando

cumprimento as recomendações do ministério da saúde (MS); com a participação dos ACS cadastramos os idosos acamados ou com problemas de locomoção das áreas cobertas e os mesmos foram visitados regularmente em seus domicílios. Os usuários faltosos nas consultas programadas tiveram busca ativa pelos ACS, foram rastreados para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), assim como realizamos a avaliação de necessidade de atendimento odontológico e o encaminhamento para a primeira consulta.

Organizamos um livro de registro específico dos idosos, distribuímos a caderneta de saúde do idoso para todos os usuários, foram rastreados para risco de morbimortalidade e encaminhados para o especialista se precisavam, foi avaliada a rede social e pedido o acompanhamento pela assistência social para os usuários que precisavam, também foram investigados os indicadores de fragilização na velhice de todos os usuários idosos. Durante as consultas e as atividades de grupo os usuários foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e sua importância, sobre os benefícios para a saúde da prática regular de atividade física, sobre a higiene bucal incluindo higiene de próteses dentárias; nas consultas priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular garantindo uma maior acessibilidade dos usuários aos tratamentos.

Apresentamos dificuldades para a realização dos exames complementares, sendo que a grande maioria não foi possível realizar nos laboratórios públicos, pois os laboratórios da prefeitura não são suficientes para a grande demanda existente, outro problema que apresentamos foi a realização da primeira consulta odontológica pela falta de consultórios odontológico na UBS e a dificuldade para os usuários receberem atendimento em outra unidade de saúde; mesmo não sendo possível cumprir com todos os objetivos e metas acreditamos que os resultados da intervenção foram muito importantes para fazer uma melhoria na qualidade da atenção em saúde da pessoa idosa a qual pretendemos continuar, por isso é muito importante contar com o apoio dos gestores para dar a continuidade à este trabalho e também para fazer outras intervenções em outros grupos que estão precisando

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade da Unidade Básica de Saúde União,

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) União realizou uma intervenção que propiciou uma melhoria no atendimento aos idosos da área, a mesma foi realizada por toda a equipe, além da ajuda do pessoal técnico e administrativo da UBS durante 12 semanas nas quais foram desenvolvidas diferentes atividades voltadas a melhorar a qualidade da atenção a população de idosos.

Dentre as atividades desenvolvidas durante este período de tempo temos o cadastro de 205 usuários o que representa 46% da população idosa residente na área de abrangência, este número mesmo não superando 50% da população, é muito importante, pois temos uma grande área sem cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS) o que dificulta bastante o cadastramento de novos usuários. Trabalhamos na melhoria do atendimento de cada um desses usuários cadastrados para os quais desenvolvemos atividades como a avaliação multidimensional rápida em dia, realizamos o exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medição da sensibilidade à cada 3 meses para os usuários diabéticos o que é muito importante para prevenção das complicações no diabético.

Foram solicitados exames complementares para todos os idosos hipertensos e /ou diabéticos seguindo a preconização do Ministério da Saúde (MS); cadastramos 26 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção e visitamos todos eles o que garantiu uma maior acessibilidade destas pessoas aos serviços de saúde dando cumprimento ao princípio de equidade o qual é uns dos pilares fundamentais do SUS.

Durante este período também rastreamos todos os idosos para hipertensão arterial, assim como também o rastreamento de todos os usuários com pressão

arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para diabetes mellitus, este rastreamento são de muita importância já que há um grande número de hipertensos e/ou diabéticos que permanecem assintomáticos e só é possível descobrir a doença pelo rastreamento. Durante o mesmo período também foram avaliados os usuários quanto a necessidade de atendimento odontológico e encaminhados para o dentista mais próximo já que na UBS não contamos com este serviço.

Todos os usuários idosos faltosos as consultas programadas foram buscados pelos ACS, assim como também conseguimos manter um registro específico de idosos e foram distribuídas as cadernetas de saúde da pessoa idosa para os usuários registrados, na distribuição das mesmas tiveram um papel muito importante os ACS e as técnicas de enfermagem.

No momento das consultas foram rastreados para o risco de morbimortalidade, assim como também investigamos a presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliamos a rede social de cada um deles; nestas consultas também fizemos atividades de orientação para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para os usuários atendidos neste período.

Durante a intervenção também foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular e realizamos várias atividades de grupo, nas quais o principal objetivo foi prevenção e promoção de saúde.

Acredito que após todas as ações citadas conseguimos fazer uma mudança e melhorar a atenção a população idosa e com o trabalho conjunto entre a população, a equipe e os gestores de saúde podemos continuar melhorando o serviço.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso tive muita dificuldade com a língua portuguesa, o que limitou minha participação ativa nas primeiras semanas, pois muitas vezes não conseguia entender as orientações e tinha que procurar na Internet com o tradutor e após compreender o que era para fazer. Então começava a outra parte ainda mais difícil, pois tinha que escrever em português, mas ainda continuava pensando em espanhol, isso gerava atraso na realização das tarefas e fez com que eu ficasse muito atrasado. Mas com o decorrer do tempo fui melhorando pouco a pouco meus conhecimentos na língua portuguesa e consegui ir melhorando meu trabalho também.

Outra grande dificuldade que tive foi acostumar a estudar pela Internet, já que é um processo totalmente diferente, comparado com o estudo nas salas de aula, além disso, foi um processo totalmente novo para mim. Essas dificuldades não me deixavam avançar com um bom ritmo e às vezes ficava até desmotivado no curso, mas tive uma excelente orientadora que sempre esteve me dando forças para continuar.

Foi um curso com muita expectativa desde o princípio já que o mesmo ia nos dar as ferramentas para conhecer melhor o sistema de saúde brasileiro, assim como também aumentar nossos conhecimentos médicos, o que levaria a melhorar a resolutividade dos principais problemas na atenção básica. Acredito que mediante os casos clínicos, os estudos da prática clínica, a troca de informação com os colegas, as bibliografias disponibilizadas pelo curso e a atenção clínica dos usuários foram cumpridos os objetivos de formação. Pessoalmente foi um processo muito enriquecedor já que consegui me atualizar, conhecer melhor o sistema de saúde público brasileiro e ver pela primeira vez algumas doenças que durante a faculdade só dava para estudar nos livros, é o caso da hanseníase que durante o curso tive a

oportunidade de tratar um usuário. Dessa forma, o curso foi de muita importância para meu aprendizado profissional e pessoal.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção básica - **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Brasília 2013.

BERGER; MAILLOUX-POIRIER D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

KANE RL; OUSLANDER JG; ABRASS IB. 5ta en. **Geriatria clínica**. Rio de Janeiro: Macgraw Hill, 2004.

WHO. World Health organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gonçalo. Brasília : organização Panamericana de saúde. 2005.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

