

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, NA ESF CENTRO DE SAÚDE
JOANA PAULA DE OLIVEIRA, RAFAEL GODEIRO - RN**

DANIEL CARLOS AMORIM GADELHA

Pelotas, 2015

DANIEL CARLOS AMORIM GADELHA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, NA ESF CENTRO DE SAÚDE
JOANA PAULA DE OLIVEIRA, RAFAEL GODEIRO - RN**

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

Orientadora: Zênia Monteiro Guedes dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G124m Gadelha, Daniel Carlos Amorim

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na ESF Centro de Saúde Joana Paula de Oliveira, Rafael Godeiro-RN / Daniel Carlos Amorim Gadelha; Zênia Monteiro Guedes Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

69 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. Santos, Zênia Monteiro Guedes Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais Misael Gadelha Neto e Ivânia Carlos Amorim Gadelha, meu irmão Misael Gadelha Terceiro e à minha irmã Isabella Carlos Amorim Gadelha.

Agradecimentos

À Deus,

Pelo dom da vida e por me permitir chegar até aqui.

A minha família,

Pelo apoio, compreensão e ajuda.

Aos meus amigos e colegas de trabalho,

Pela paciência e amizade.

A Zênia Monteiro Guedes dos Santos,

Pelas orientações e auxílio nesta caminhada.

Resumo

GADELHA, Daniel Carlos Amorim. **Melhoria da Atenção à saúde do idoso, na ESF Centro de Saúde Joana Paula de Oliveira, Rafael Godeiro-RN**. 2015. 69f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Modalidade à Distância (EaD). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Com a ocorrência da transição demográfica brasileira, tem se observado envelhecimento rápido da população. Nos últimos anos, políticas públicas de saúde têm sido desenvolvidas e implementadas, com intuito de contribuir no aumento da qualidade de vida e expectativa da população. A equipe saúde da família escolheu foco de intervenção na atenção à saúde do idoso. Indivíduos ativos e saudáveis é o grande desafio a ser enfrentado nesse processo. Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) necessitam estar preparados para prestar serviços de saúde de qualidade para os usuários dessa faixa etária, de forma diferenciada e eficaz, reduzindo carga de morbimortalidade e hospitalizações evitáveis a partir da mudança de hábitos no cotidiano dos indivíduos. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. Alcançamos a meta de cobertura da atenção à saúde dos idosos, na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atuo, com 81,2%. Além disso, atingimos 100% das metas de qualidade, com destaque a realização do exame clínico apropriado das consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, realização da visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados durante o projeto de intervenção. Uma das fragilidades identificadas no período da intervenção foi à falta do monitoramento da saúde bucal dos idosos adstritos na UBS, pois a maioria deles não faz acompanhamento regular pelo odontólogo, o que favorece o surgimento de patologias dentárias nessa faixa etária. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Centro de saúde Joana Paula de Oliveira, no município de Rafael Godeiro-RN, com o intuito de ampliar a cobertura à saúde do idoso e melhorar as ações e serviços de saúde desses usuários.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde bucal

Lista de Figuras

Figura 01: Gráfico indicativo de proporção de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	49
Figura 02: Gráfico indicativo de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	51
Figura 03: Gráfico indicativo de proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	52
Figura 04: Palestra sobre câncer de próstata.	59
Figura 05: Usuários idosos na palestra sobre câncer de próstata.	60
Figura 06: Atendimento clínico na zona rural.	60
Figura 07: Visita domiciliar na zona rural.	62
Figura 08: Visita domiciliar na zona urbana.	63

Lista de abreviaturas/ siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde
AVD: Avaliação das atividades básicas de vida diária
AIVD: Avaliação das atividades instrumentais de vida diária
AME: Aleitamento materno exclusivo
CA: Câncer
DM: Diabetes Mellitus
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD: Educação à Distância
ECG: Eletrocardiograma
ESF: Estratégia Saúde da Família
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL: Lipoproteína de alta densidade
HGT: Hemogluco teste
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF: International Diabetes Federation
IMC: Índice de massa corporal
IAM: Infarto agudo do miocárdio
LDL: Lipoproteína de baixa densidade
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSA: Antígeno prostático específico
RN: Rio Grande do Norte
SF: Saúde da Família
SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SOP: Síndrome dos ovários policísticos
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFPEL: Universidade Federal de Pelotas
UNASUS: Unidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2.Relatório da análise situacional.....	13
1.3 Comparativo entre Texto Inicial sobre a UBS e Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos	26
2.2.1 Geral.....	26
2.2.2 Específicos	26
2.3 Metas.....	26
2.4 Metodologia	28
2.4.1 Detalhamento das ações.....	28
2.5 Indicadores.....	35
2.6 Logística	38
2.7 Cronograma	41
3 Relatório da intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e realizadas.....	42
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade e incorporação das ações à rotina dos serviços	45
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	54
4.3 Relatório da intervenção para a comunidade	57
4.4 Relatório da intervenção para os gestores	59
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	63
Bibliografia.....	65
Anexos	66
Anexo I – Ficha Espelho (Frente).....	66
Anexo II – Ficha espelho (Verso)	67
Anexo III - Planilha de Coleta de dados	67
Anexo IV – Documento do Comitê de Ética	69

Apresentação

Este trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família de Modalidade Ensino à Distância (EaD) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) intitula-se Melhoria da Atenção à saúde do idoso, na ESF Centro de saúde Joana Paula de Oliveira, Rafael Godeiro-RN.

Apresenta-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo denomina-se Análise Situacional o qual menciona a estrutura física, a organização do trabalho, a disponibilidade de insumos da UBS, entre outras. O segundo capítulo, Análise Estratégica, desenvolvida a partir da análise situacional. Nessa análise, escolheu-se o foco da intervenção, os objetivos gerais e específicos, as metas previstas, a metodologia, cronograma de atividades e logística.

O terceiro capítulo denomina-se Relatório da Intervenção. Nesse capítulo, são descritas ações desenvolvidas na intervenção e suas dificuldades, ações não desenvolvidas na intervenção e dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos após o desenvolvimento das ações durante a intervenção. Ainda, descreve-se uma breve discussão sobre a continuidade dessas ações na UBS, bem como exposição dos relatórios direcionados à comunidade e aos gestores de saúde municipal, confeccionados para que esses segmentos da população obtivessem conhecimento do trabalho que foi realizado nesse período.

Este trabalho, portanto, finalizou com a reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, com o intuito de compartilhar as angústias e experiências vividas durante o curso de especialização.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

No município de Rafael Godeiro-RN, habitam-se cerca de 3.000 indivíduos, sendo 1.929 habitantes da zona urbana e 1.141 habitantes da zona rural. Nesse município, apresenta apenas uma única UBS, com Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está presente no município (profissionais presentes: nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo) sempre tendo boa atuação dos profissionais de saúde descritos.

A atenção especializada está contemplada. Entretanto, a disponibilidade do especialista varia de acordo com sua área específica. Assim, é mais fácil referenciar um paciente para o gastroenterologista, ginecologista, pediatra, psiquiatra. Na área da dermatologia, oftalmologia, ortopedia, reumatologia, por exemplo, há dificuldade em realizar o encaminhamento.

Ainda, apresenta um serviço hospitalar básico, com eficiência no tratamento de patologias em que necessite de internação (por exemplo, infecções como pneumonia, erisipela, viroses, pé diabético, emergências hipertensivas entre outras patologias). A solicitação de exames laboratoriais complementares não é realizada diariamente. Geralmente são solicitadas nas segundas e quintas feiras, pois a variedade de exames disponíveis pelo serviço público é bastante limitada.

Mesmo nos serviços particulares, alguns exames simples não são feitos de rotina (dosagem de eletrólitos, por exemplo). Exames de imagem (radiografia, mamografia) são realizados com eficácia pelo serviço público de saúde desse município. A Telesaúde está presente na unidade básica. A UBS abrange com predominância da zona urbana. Ela não apresenta vínculo/contrato com instituições de ensino na região.

O modelo de atenção presente na unidade é a estratégia saúde da família apresenta uma equipe saúde da família composta por um médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS),

dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Importante ressaltar que o atendimento odontológico é realizado apenas em 3 dias da semana diminuindo o número de atendimentos e possivelmente sua cobertura na população adstrita.

A UBS é bem estruturada apresentando uma sala própria para o médico, enfermeiro, odontólogo e uma sala extra para uso do nutricionista e do fisioterapeuta. Apresenta uma sala bem estruturada para realização de pequenos procedimentos e administração de medicamentos injetáveis. A farmácia é bem estruturada fisicamente apresentando ar condicionado e computador para a regulação e entrega de medicamentos.

Na recepção, apresenta bancos disponíveis para acomodação dos usuários. Mesmo assim, há falta de melhorias para o atendimento de deficientes, usuários idosos, mas para uma população (em média) de 3 mil habitantes é um estabelecimento muito bem estruturado.

A UBS foi reformada ano passado, apesar de ainda existirem algumas limitações atualmente. Falta de corrimãos, banheiro próprio para deficientes, degraus, apesar de existirem as rampas. Entretanto, acredito que a unidade básica atualmente está muito bem estruturada em comparação às demais unidades básicas de saúde que trabalhei.

A UBS está bem equipada para o atendimento da população. Materiais de sutura, pequenos procedimentos cirúrgicos, equipamentos básicos para realização de uma consulta pré-natal, acompanhamento da saúde da criança e exames preventivos como papanicolaou estão presentes na UBS. O que dificulta um pouco no trabalho da equipe de saúde da UBS é a reposição de equipamentos o que prejudica no atendimento da população.

A ausência de prontuário eletrônico dificulta um pouco na organização e acompanhamento dos usuários. Algumas vezes não encontramos os prontuários dos usuários dificultando conseqüentemente o acompanhamento dos usuários. Acredito que as principais limitações sejam em uma estrutura mais adequada para usuários idosos e com alguma deficiência física. Entretanto esse não seria um problema para ocasionar uma dificuldade no atendimento do usuário.

Lembrando também que os usuários mais idosos, acamados ou com alguma deficiência, a equipe de saúde, se organiza também para realizar o atendimento domiciliar quando necessário facilitando assim a cobertura no atendimento desses

usuários. Dessa forma, a unidade básica está razoável para o atendimento da população e não seria um “problema principal” no atendimento dos usuários.

As atribuições dos profissionais da equipe básica da cidade estão bem organizadas e determinadas. Os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área com boa cobertura na identificação dos grupos expostos a riscos e na identificação dos grupos de agravos (principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus).

No geral, todos os profissionais de saúde acabam participando do processo de territorialização com boa abrangência principalmente nas escolas, domicílios, mercadinhos e sítios localizados na zona rural. Um problema que foi observado é que não existe uma busca para pacientes quem faltam à UBS, dificultando um tratamento contínuo principalmente daqueles pacientes que apresentam doenças crônicas. As visitas domiciliares são realizadas por todos os profissionais da UBS com exceção da recepcionista. As visitas domiciliares são fundamentais para aumentar a cobertura do tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde.

O sistema de referência e contra referência funciona em determinadas áreas como cardiologia, psiquiatria, ginecologia e pediatria. As demais áreas apresenta um maior déficit na marcação de consultas com atrasos e até mesmo impossibilidade em agendar pelo SUS o que dificulta o acompanhamento e tratamento do usuário quando é necessário o auxílio de um especialista.

Um problema a ser resolvido na UBS é a notificação de doenças e agravos, conforme portaria de Doenças de Notificação Compulsória do MS. Existe realmente um déficit na notificação dessas doenças, conseqüentemente, dificultando o estudo epidemiológico da cidade e quais doenças são mais prevalentes na cidade.

1.2.Relatório da análise situacional

Na UBS, existe uma boa integração em realizar atividades em grupo para promover a prevenção e promoção à saúde. As atividades em grupo acontecem nas escolas, igrejas, sítios da zona rural abordando os adolescentes, idosos, crianças, gestantes, pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes) entre outros. As atividades de qualificação profissional na UBS acontecem. Entretanto, são destinadas principalmente ao setor da enfermagem e técnicos de enfermagem. É

incomum a qualificação profissional para dentistas e médicos pela falta de incentivos na cidade e região.

Um dos problemas a ser debatido na UBS é a realização de reuniões pela equipe da UBS. São pouco frequentes. Essas reuniões seriam fundamentais na abordagem do paciente da UBS, no conhecimento da população, principais agravos comuns na região e como diminuir a incidência de doenças presentes na cidade, abordagem de condutas em patologias específicas. Esses seriam alguns tópicos que poderiam ser debatidos nas reuniões e que são fundamentais na melhoria do atendimento à população da cidade.

Com relação ao sistema de referência e contra referência, a equipe de saúde deve conversar com o gestor municipal para que possa ampliar os atendimentos especializados. Esse tipo de atendimento é fundamental para dar continuidade ao tratamento do paciente que muitas vezes não pode ser realizado na UBS (quando se desconhece a conduta correta para determinada patologia, daí a importância do referenciamento).

O acolhimento dos usuários na UBS é realizado em uma recepção própria em ambos os turnos com uma demora inicial na triagem do usuário em torno de 5-10 minutos. São inicialmente acolhidos pela recepcionista ou por uma técnica em enfermagem. Posterior à triagem inicial, os usuários são acolhidos pelos profissionais de saúde (fisioterapeuta, enfermeira, nutricionista e médico).

Posteriormente as consultas com o profissional solicitado pode demorar mais, em torno de 1 à 2 horas (acredito que não seja tão demorado esse atendimento, principalmente pelo fato em que, no meu caso, atendo em média 20 pacientes em cada turno, uma demanda bem acima do normal de acordo com o ministério da saúde).

Na triagem da UBS é deixado 5 fichas (no atendimento médico) para atendimentos de urgência suprimindo sempre as necessidades quando necessita realizar um atendimento de saúde mais agudo ou quando necessita de um atendimento de emergência.

Como visto, pela quantidade de atendimentos realizados em cada turno (em média são 20 atendimentos) diariamente para uma população de 3000 habitantes, a demanda sempre é suprida, mas isso não significa que esses atendimentos nessa quantidade sejam necessários, pelo ao contrário, acredito que

em média 40% a 50% dos atendimentos são desnecessários pela ausência de um quadro clínico patológico no usuário após ser examinado.

Infelizmente, como já foi comentado, muitos usuários (acredito que aconteça em muitas cidades interioranas) vão apenas “atrás do remédio” sem a necessidade é claro, existindo todo um contexto político na saúde em cidades interioranas. Os profissionais de saúde são bons quando prescrevem remédios e quanto mais remédios prescritos, melhor é o profissional, uma ideia absurda existente aqui na região. Acredito que aqui na UBS não exista excesso de demanda, já que muitas consultas são desnecessárias e a cobertura da UBS é suficiente para a população adstrita na unidade básica quando é necessário realizar um tratamento ou um acompanhamento clínico.

A consulta na puericultura é realizada pela enfermeira da UBS, o médico de família e comunidade e pelo médico pediatra. Assim, o atendimento de 100% das crianças da área de abrangência da UBS (com prioridade para as crianças menores de 2 anos de idade). As consultas são realizadas em um dia específico da semana e são sempre agendadas.

Diversas ações são realizadas na UBS com enfoque na saúde da criança como: encaminhamento para o oftalmologista as crianças com alteração na acuidade visual detectadas em avaliação médica ou realizadas pelo demais profissionais da equipe de saúde. Também é realizada a avaliação da acuidade auditiva e quando necessário, a realização de exames complementares.

A realização da aplicação vacinal conforme estabelecido pelo caderno de atenção básica é sempre realizada na UBS e também a aferição dos dados antropométricos de peso e altura, avaliando o IMC das crianças pela técnica de enfermagem. É infrequente realizar a aferição de pressão arterial das crianças, iniciando a investigação da pressão arterial secundária quando necessário. É um tema que deve ser discutido pela equipe de saúde para que possa ser realizado.

Na atenção à saúde da criança, a equipe da UBS segue como protocolo do caderno de atenção básica: saúde da criança, do MS, publicado em 2012. Com relação aos indicadores de qualidade da atenção à puericultura, a equipe saúde da família realiza um ótimo trabalho buscando a realização das consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde, com a realização do teste do pezinho em até 7 dias após nascimento.

A ESF prioriza realizar a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de vida do nascimento do recém nascido, a realização da triagem auditiva, orientação aos cuidadores com relação ao aleitamento materno exclusivo e orientação para a prevenção de acidentes nas crianças.

A saúde bucal realizada na UBS precisa aumentar sua cobertura no município, o número de atendimentos ainda é baixo (em torno de 10 consultas ao dia com uma jornada de trabalho de 4 dias na semana). Deve-se buscar, com o apoio do gestor municipal e secretaria municipal de saúde, aumentar a jornada de trabalho do dentista ou inserir mais um profissional, aumentando, dessa forma, a demanda à população.

A equipe saúde da família do município busca o desenvolvimento de políticas locais (reuniões, palestras, brincadeiras) que fortaleçam o vínculo das crianças com o ambiente escolar aprimorando seus estudos, a oferta de uma alimentação saudável e adequada na escola como também em sua residência, o estímulo às atividades físicas e esportivas e a implementação de políticas locais que permitam o acesso adequado de crianças deficientes as escolas participando do processo educacional independente da sua condição social ou física.

Na assistência pré-natal, a equipe da UBS procura realizar um conjunto de medidas de abordagem médica, social, psicológica, fisioterápica e de cuidados gerais, visando propiciar à gestante o desenvolvimento da gravidez de maneira saudável. A equipe de saúde busca sempre realizar o acolhimento da mulher, respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, identificação e classificação de riscos que apresenta na gestação, adesão ao pré-natal, educação para saúde estimulando o auto cuidado, assim como o esclarecimento de dúvidas e angústias durante o período gestacional.

No município, todas as gestantes em acompanhamento (17 de acordo com os registros) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, apresentando as consultas em dia, sendo realizado os exames laboratoriais (incluindo o exame ginecológico no 1º trimestre) preconizados pelo MS, além da vacinação estar em dia. É realizado a orientação para aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses após o parto com também é realizado a suplementação do sulfato ferroso conforme o protocolo seguido pela equipe de saúde: o caderno de atenção básica (atenção ao pré natal de baixo risco) editado pelo MS, em 2012.

A equipe ESF apresenta uma organização no atendimento puerperal, buscando acompanhar as gestantes não somente até o momento do parto, mas também no puerpério a partir da realização de palestras, reuniões e visitas domiciliares quando é necessário. Esse acompanhamento é fundamental para enfatizar algumas políticas como o AME, o uso de medicamentos durante a lactação, hábitos alimentares durante a gestação e o puerpério, planejamento familiar, identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto, os cuidados do recém nascido, entre outros temas abordados.

Com relação à saúde bucal, deve haver ênfase estimulando as gestantes a realizar pelo menos um atendimento odontológico durante o pré-natal, como também planejando com a equipe ESF uma consulta obrigatória durante a gestação, visto que, ainda há na UBS um índice baixo na política de saúde bucal com relação à atenção no pré-natal e puerpério. Outro problema em que já está sendo trabalhado é a ênfase no AME.

É comum no município a puérpera não realizar o AME até os 6 meses de idade do recém-nascido pela falta de paciência da mãe, como também por achar que o leite de vaca é suficiente para suprir as necessidades do seu filho. Dessa forma, deve haver sempre o estímulo da equipe de saúde, visando os benefícios do aleitamento materno com o esclarecimento do assunto para a puérpera.

É importante o acompanhamento da equipe de saúde no pré-natal para evitar diversas intercorrências durante a gestação como pré-eclâmpsia, diabetes, hemorragias, partos prematuros, infecções do trato urinário, anemia, fatores esses que podem influenciar na mortalidade perinatal. O parto humanitário deve ser prioridade com a realização sempre que possível do parto normal o que incomum ocorrer nas cidades interioranas em que prevalece ainda o parto cesáreo.

O câncer de colo uterino é uma doença de crescimento lento e silencioso. A detecção precoce dessa doença ou de suas lesões precursoras é plenamente justificável, pois a cura pode chegar a 100% e, em sua maioria, a resolução ocorrerá ainda em nível ambulatorial.

A principal estratégia utilizada para a detecção precoce do câncer de colo uterino no Brasil e na UBS é o rastreamento, com realização do exame preventivo (citologia oncológica) em mulheres, mesmo sem sintomas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser eficaz.

A cobertura do câncer de colo uterino no município é boa com uma média de 75% da população-alvo que tenha realizado o exame preventivo. É um bom índice de cobertura, visto que em cidades interioranas o acesso às informações e o baixo nível educacional dificulta a realização da prevenção primária.

No município, há bom índice na realização do exame citopatológico em dia, sem atrasos no seu resultado. Há baixa percentagem nos exames citopatológicos que apresentam alterações nos resultados consequentemente, demonstrando bom trabalho realizado pela equipe de saúde na orientação e prevenção do câncer de colo uterino, como também na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), fator de risco para neoplasia. Os exames coletados apresentam 91% das amostras satisfatórias, enfatizando a boa técnica realizada pela enfermeira durante o exame.

A equipe ESF busca aprimorar e passar o conhecimento sobre o câncer de colo uterino e suas conseqüências (em decorrência do câncer) para a comunidade, visto que são fundamentais para elevar a cobertura da população no exame preventivo. A realização de palestras e reuniões são as principais atividades em que a população pode adquirir o conhecimento da doença e pelo exame preventivo. Realizar uma semana especial no trimestre ou semestre também seria uma boa idéia durante essa semana o exame preventivo diariamente com palestras e participação de toda a equipe da ESF.

É importante ressaltar o auxílio do gestor municipal e estadual nessas campanhas, muitas vezes falta material (folhetos, camisas, recursos financeiros) para realizar as atividades preventivas (palestras, atividades educacionais) tanto no câncer de colo uterino como no câncer de mama, dessa forma, dificultando a realização das atividades.

Uma das estratégias fundamentais para manter o seguimento das usuárias é a organização dos prontuários determinando aquelas que estão com o exame preventivo atrasado. Com o auxílio dos ACS, realiza-se busca ativa dessas usuárias em seus domicílios para o agendamento das consultas. Realização de palestras nos distritos específicos com o maior número de usuárias "em atraso" (com relação ao exame preventivo) seria uma idéia interessante. A organização das palestras pela equipe ESF para a realização do exame preventivo é a base para que as usuárias mantenham o seguimento na realização do exame citopatológico.

O câncer de mama constitui um grave problema de saúde pública e faz jus a grandes investimentos em pesquisa, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. É o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo e o mais comum entre as mulheres. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

No município, percebe-se boa cobertura da UBS em relação à comunidade na prevenção do câncer de mama com uma média de 92% da população feminina (entre 50 a 69 anos) com o exame de rastreamento (mamografia) em dia. O bom índice é decorrente da pactuação do município com o setor privado para realização das mamografias.

O controle preventivo do câncer de mama pela UBS referente à comunidade está bom, com boa cobertura da população, poucos atrasos com relação à realização dos exames, associado ao pequeno percentil de usuárias com risco para câncer de mama e com uma excelente estratégia da UBS em realizar as orientações para a prevenção do CA de mama.

A ampliação da cobertura e a melhoria na qualidade do controle do CA de mama podem ser alcançadas a partir da realização de palestras para aumentar o grau de informação da população referente à doença. É importante também que a equipe de saúde conheça os hábitos de vida e os valores culturais das famílias assistidas e da comunidade. Essas atividades são importantes, pois conscientizam a comunidade na realização do exame preventivo e, conseqüentemente, melhorando sua cobertura.

Reuniões com a equipe ESF também seria importante para avaliar os principais distritos em que os exames preventivos estão atrasados e com menor cobertura. Dessa forma, a abordagem desses distritos com a realização de atividades educacionais (por exemplo: aulas, palestras, entrega de folders, caminhadas), abordando o tema CA de mama é fundamental para reforçar a importância do exame, sem perder o seguimento dessas mulheres.

A HAS tem alta prevalência e apresenta baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Na vivência observada na UBS, observa-se sempre o início do atendimento do usuário, com a aferição da pressão arterial e

repetição do exame caso o mesmo esteja alterado. Os usuários que apresentam a pressão arterial alterada são avisados para a realização da consulta médica e também para a realização da medição da pressão arterial diariamente durante uma semana. Dessa forma, a equipe de saúde busca realizar o diagnóstico precoce da hipertensão arterial que é uma doença silenciosa.

Ao realizar o exame do usuário hipertenso, o médico ou enfermeiro durante a consulta realiza também a estratificação de risco para doença cardiovascular (tabagismo, obesidade, sedentarismo, IAM, idade, história familiar entre outros riscos cardiovasculares) e caso necessário, o profissional de saúde pode referenciar para o cardiologista. A realização de exames é feita quando necessário (com realização de ECG, dosagem da glicemia, ureia, creatinina, colesterol e frações).

Os profissionais de saúde sempre orientam a realização de atividades físicas, principalmente caminhadas e no município existe academia para 3ª idade o que facilita o acesso para a população. Sempre que necessário, os usuários são encaminhados para a nutricionista com o objetivo de que os eles modifiquem seus hábitos alimentares para a prevenção da hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias.

É importante manter uma boa Saúde Bucal, pois assim como a hipertensão, as cáries e doenças gengivais podem agravar as doenças cardíacas. Existe uma relação entre Doença Periodontal e Hipertensão Arterial Sistêmica que pode ser explicada pela proximidade anatômica do periodonto com a corrente sanguínea que facilita bacteremia e disseminação sistêmica de produtos bacterianos que induzem à lesão vascular e à aterosclerose. (PAIZAN, 2009). Esses estudos demonstram a importância da saúde bucal na abordagem ao usuário hipertenso.

Alguns aspectos que podem melhorar a cobertura e qualidade da atenção básica na hipertensão é a realização mais frequente (os exames laboratoriais na cidade são realizados apenas em dois dias da semana, mesma sendo feito de forma particular) dos exames necessários nos usuários hipertensos (ureia, creatinina, glicemia, etc) e também iniciar a realização de alguns exames que não são feito na UBS (fundoscopia, dosagem do potássio). A ênfase em práticas educacionais como a realização de caminhadas com enfoque na hipertensão associado a palestras abordando hábitos de vida saudáveis e explicando sobre a doença (epidemiologia, fatores de risco, prevenção e tratamento) são idéias excelentes.

A diabetes é uma doença silenciosa, em que no Brasil, segundo os dados da International Diabetes Federation (IDF) acomete 12 milhões de usuários, perdendo apenas para China, Índia e EUA. Um dos objetivos do MS é reduzir sua prevalência com estratégias de intervenção: prevenção primária, no combate aos fatores de risco classificados, principalmente nos indivíduos mais vulneráveis. A intervenção ativa e a educação para a saúde tornam-se, nesse sentido, fundamentais para reduzir a incidência e a prevalência da diabetes.

Na UBS, a abordagem ao rastreio diagnóstico do usuário diabético é iniciado com a realização de exames (glicemia de jejum ou hemoglobina glicada) e a busca ativa nos fatores de riscos (hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, SOP, história familiar, história de diabetes gestacional) são realizados rotineiramente. Dessa forma, a equipe de saúde busca aumentar a cobertura do diagnóstico de diabetes na comunidade.

A equipe ESF procura realizar a estratificação dos fatores de risco para DM nos usuários que são atendidos no posto de saúde, além da realização dos exames periódicos, enfatizando que sejam realizados em dia. O exame físico realizado pelo médico ou enfermeiro é parcialmente completo nem sempre é realizado a palpação dos pulsos e o teste de sensibilidade. Importante enfatizar que as orientações sobre atividade física regular e mudança nos hábitos alimentares. É realizado na grande maioria dos usuários, agindo justamente nos fatores de risco modificáveis.

A saúde bucal com enfoque na diabetes mellitus apresenta um índice razoável dos usuários realizando o atendimento odontológico. Existem evidências científicas de que o diabetes tem importante influência na saúde bucal, assim como o tratamento odontológico influencia no estado de saúde do diabético. As doenças periodontais, como a gengivite e a periodontite, podem prejudicar o controle da glicemia e o caminho inverso também acontece: o diabetes pode agravar a manifestação dessas doenças. A realização do exame físico mais minucioso é importante para a detecção nos usuários de complicações decorrente do diabetes devendo, dessa forma, ser melhorado pelos profissionais de saúde.

A realização de palestras nas escolas e centro comunitários como também reuniões na UBS, abordando a doença, é fundamental para sua prevenção e diagnóstico. Explicar quais fatores (obesidade, hipertensão, idade, história familiar, sedentarismo, genética) influencia no aparecimento da doença é essencial para que os usuários saibam como podem prevenir. A interação do nutricionista e do

educador física também é importante para que possamos modificar os hábitos de vida do usuário prevenindo o aparecimento precoce da patologia.

1.3 Comparativo entre Texto Inicial sobre a UBS e Relatório da Análise Situacional

O Brasil vive o processo de envelhecimento populacional e a cada década o percentual de idosos aumenta significativamente. Nesse contexto, o desafio atual é garantir um envelhecimento ativo e saudável à população idosa, mediante o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de saúde, educação permanente e investimentos financeiros que favoreçam melhorias na qualidade de vida.

De acordo com as consultas realizadas e conversando com os usuários percebe-se um acompanhamento frequente dos usuários, apesar do exame clínico não ser realizado de forma completa. Esse é um ponto a ser debatido pela equipe de saúde, principalmente pelo enfermeiro e pelo médico. A realização de uma anamnese e exame físico mais detalhado são fundamentais para o diagnóstico precoce de patologias tão comuns nessa faixa etária (parkinson, alzheimer, osteoporose, por exemplo).

Avaliando os indicadores de qualidade, no caderno de ações programáticas, percebe-se que existem algumas falhas a serem corrigidas. Os idosos apresentam sua caderneta específica, contribuindo para a organização do atendimento. Entretanto, falta realizar uma anamnese mais detalhada, com ênfase na revisão de suas “funções”. Dessa forma, avalia-se a habilidade do usuário idoso manter-se independente para as atividades de vida diária.

Faltam realizar melhor investigação dos indicadores de fragilidade na velhice, buscando alguns sinais e sintomas característicos como perda de peso involuntário, fadiga, diminuição da força, diminuição da velocidade de caminhada e a diminuição da atividade física.

O acompanhamento dos usuários idosos pela equipe ESF apresenta bons índices sempre com foco nas orientações sobre os hábitos alimentares saudáveis e na realização da atividade física regular. Na UBS, é necessário melhorar a cobertura à atenção à saúde bucal e isso pode ser ocorrer com aumento do número de dias na semana em que o dentista atende na UBS (atualmente o dentista atende apenas 3

dias na semana). Assim, aumenta-se sua demanda e, conseqüentemente, sua cobertura.

O enfoque principal, pela equipe de saúde, seria em melhorar a qualidade do atendimento no usuário idoso realizando uma anamnese mais detalhada com melhor investigação das patologias mais comuns nesses usuários (osteoporose, câncer de próstata e mama, diabetes, hipertensão, catarata, osteoartrose, câncer de cólon e reto, demência, parkinson) e a realização das avaliações no idoso (multidimensional rápida, risco para morbimortalidade, indicadores de fragilização na velhice).

A avaliação do déficit cognitivo a partir do miniexame do estado mental, avaliação do humor através da escala de depressão geriátrica, avaliação das atividades básicas de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são exames importantes na avaliação geriátrica que devem ser abordados na UBS em busca de melhorar o atendimento e acompanhamento do usuário idoso.

Finalizando, nesse curto período de vivência na UBS do município de Rafael Godeiro, percebe-se boa estrutura da UBS, boa equipe que trabalha na UBS na busca pelo tratamento das patologias mais frequentes no município, assim como realizar atividades educacionais com vistas à prevenção de doenças.

É comum ter problemas na UBS também como à falta de agendamento das consultas, o que seria interessante na organização dos atendimentos, a realização de uma triagem mais adequada (muitos usuários são consultados nem necessidade, sem apresentar uma patologia específica). A pequena verba do município que é destinada à saúde conseqüentemente é comum à falta de medicamentos, como também o reabastecimento. A limitação na realização dos exames laboratoriais também é um ponto a ser destacado.

É importante que a equipe de saúde trabalhe sempre em conjunto na educação da comunidade com a realização de palestras, reuniões entre outras atividades, com intuito de estimular o conhecimento da população sobre determinadas doenças tão frequentes como hipertensão, diabetes, câncer de próstata, câncer de mama e colo uterino, o reconhecimento do parto humanizado, com a ênfase na realização do parto normal e seus benefícios para a puérpera.

Os indicadores de qualidade presente no caderno de ações programáticas estão dentro dos padrões, enfatizando que deve ser estimulado e melhorado a saúde bucal da UBS, com o aumento dos atendimentos e, assim, sua cobertura na comunidade. Um problema comum no caderno de ações programáticas foi a

subestimação da cobertura do município nas patologias e políticas de saúde estudadas no caderno.

Acredito que a cobertura da UBS é boa e, de acordo com a vivência, é perceptível que a comunidade anda satisfeita com a cobertura realizada pela equipe estratégica saúde da família. É comum os problemas que a equipe enfrentam no dia a dia.

Este relatório vai ser importante no conhecimento da UBS, da equipe ESF e, como lidar com os problemas do dia a dia, facilitando também no encontro de soluções para melhorar a saúde do município.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil está num processo de envelhecimento populacional e, a cada década, o percentual de idosos aumenta significativamente. Como resultado, estamos vivenciando um período de crescente demanda de recursos voltados para atender as necessidades dessa “nova população”. Nesse contexto, o desafio atual é garantir um envelhecimento ativo e saudável à população idosa, mediante o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de saúde, educação permanente e investimentos financeiros que favoreçam melhorias na qualidade de vida (CHAIMOWICZ,2013).

A unidade básica de saúde do município é localizado na zona urbana. O modelo de atenção presente na unidade é a estratégia saúde da família, com uma equipe saúde da família composta por um médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem, seis ACS, dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Apresenta uma sala própria para o médico, enfermeiro, odontólogo e uma sala extra para uso do nutricionista e do fisioterapeuta. Na recepção, apresenta banco, disponíveis para acomodação dos usuários, principalmente os idosos.

A população idosa do município é uma comunidade, na grande maioria, de baixo nível econômico (ganham em média 1 salário mínimo ao mês), com baixo nível educacional (a grande maioria dos usuários são agricultores em que deixaram de estudar para trabalhar). Dessa forma, poucos usuários tem conhecimento das doenças mais comuns na sua faixa etária o que contribui para baixa adesão no tratamento das patologias mais comuns (diabetes e hipertensão) de forma correta (a grande maioria dos usuários apresentam a medicação, entretanto faz uso de forma incorreta).

O atendimento ao idoso na UBS ocorre sempre diariamente o que auxilia para uma boa adesão e relação do usuário idoso com a equipe de saúde. Existem grupos de idosos no município que auxiliam nas mudanças dos hábitos de vida. Mais recentemente o município criou também grupos que visam o entretenimento dessa população como grupos de dança para os idosos.

O foco da intervenção foi melhorar a qualidade do atendimento ao usuário idoso como também ampliar sua cobertura pela equipe da unidade de saúde. Atualmente, de acordo com o caderno de ações programáticas, a cobertura dos

idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS está em torno de 65%. Estimular atividades de promoção e prevenção à população idosa com reuniões, palestras e atividades educacionais, com abordagem das principais patologias mais comuns nesse grupo específico e realizar o tratamento adequado, quando necessário.

É muito comum a realização do tratamento de forma errônea pelo usuário seja pela falta de acompanhamento na UBS seja pela falta de informação do próprio usuário. Aumentar o número de visitas domiciliares principalmente na zona rural é outro tema importante, visto que muitos usuários não apresentam meios de locomoção o que dificulta sua ida à UBS. Importante também melhorar a anamnese e o exame físico do usuário idoso para que auxilie no diagnóstico precoce de doenças nessa faixa etária.

2.2 Objetivos

2.2.1 Geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso, na ESF Centro de Saúde Joana Paula de Oliveira, Rafael Godeiro - RN

2.2.2 Específicos

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- Promover a saúde dos idosos.

2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;

- 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.
- 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos
- 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).
- 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
- 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

- 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
- 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

- 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.
- 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.4 Metodologia

Trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa e quantitativa. Serão utilizadas análises estatísticas que quantificarão os indicadores de cobertura e de qualidade. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, elaborados no Microsoft Office Excel, com modelos disponibilizados pelo curso de especialização da UFPEL.

Os dados foram coletados na própria UBS pela equipe SF, no período de três meses, por meio de consultas clínicas, consultas odontológicas, marcação e realização de exames de rotina. Esses dados serão consolidados na planilha de coleta de dados, alimentado semanalmente e transferido para o Sistema Informação de Atenção Básica (SIAB).

2.4.1 Detalhamento das ações

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Monitoramento e avaliação: Serão registrados os idosos da área de abrangência da UBS em planilha de coleta de dados, sendo acrescentado pelos membros da equipe o idoso cadastrado no programa de saúde do idoso. A monitorização será realizada mensalmente com avaliação dos prontuários dos usuários, pesquisa dos idosos acamados e a busca dos usuários faltosos.

Organização e gestão do serviço: A organização da cobertura será iniciada pelo acolhimento do usuário na UBS, cadastramento dos usuários com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) e atualização das informações dos usuários pela equipe de saúde através da ficha espelho e prontuários.

Engajamento público: Com relação ao engajamento público da cobertura, a equipe ESF deverá trabalhar com a comunicação principalmente (através dos agentes comunitários de saúde) informando sobre o projeto de intervenção e as ações que estão sendo realizadas na UBS aos usuários idosos. A realização de palestras e

atividades educacionais (caminhadas, por exemplo) são outras formas de atuar no engajamento enfatizando a importância do projeto de intervenção à população e evitando futuras inadimplências dos usuários nos atendimentos pela equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: A qualificação da cobertura será abordada através da manutenção da capacitação (que já é realizada) dos agentes comunitários de saúde na busca dos usuários faltosos aos atendimentos na UBS associado à pesquisa dos usuários que ainda não estão cadastrados na UBS (muito comum, nesse caso, os usuários da zona rural). O estudo do projeto de intervenção com o auxílio dos protocolos do MS (por exemplo: caderno de atenção básica: saúde do idoso) também será importante na qualificação da equipe ESF e no sucesso do projeto.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;

Monitoramento e avaliação: Todos os idosos cadastrados na área de abrangência da UBS serão acolhidos e avaliados. Serão aplicadas normas de qualidade de atendimento, avaliação Multidimensional Rápida, aferição de pressão arterial e exame físico, bem como dados consolidados na planilha de coleta de dados. O exame clínico do usuário deve abordar a realização da avaliação multidimensional rápida em todos os usuários que estão sendo acompanhados na UBS. Monitorar os usuários idosos, principalmente os hipertensos e diabéticos, com relação aos exames laboratoriais que devem ser solicitados (quando possível) de acordo com o Manual de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

O acesso aos medicamentos através da farmácia popular ou pela farmácia da UBS é fundamental para melhorar a qualidade da atenção. Monitorar os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e realizar a visita domiciliar também é fundamental para a qualidade da atenção.

Realização da aferição da pressão ao início da consulta também é importante para avaliar os usuários hipertensos em tratamento e para o diagnóstico daqueles usuários que necessitam acompanhamento. Abordar juntamente com o odontólogo a necessidade dos usuários idosos no acompanhamento, pelo menos anualmente, para a prevenção de patologias específicas.

Organização e gestão do serviço: O acolhimento dos idosos pela equipe será feito como primeiro contato da UBS, em que serão avaliados quanto à urgência da atenção, com marcação prévia desses atendimentos. Garantir que recursos necessários para a realização da avaliação multidimensional rápida com a divisão das atribuições de acordo com cada profissional: avaliação da visão, audição, depressão e memória pelo médico; avaliação da nutrição do usuário pela nutricionista; avaliação da incontinência urinária, atividade sexual, exame físico dos membros e atividades diárias pela enfermeira; avaliação do domicílio e do risco de quedas pelos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem.

Buscar a realização dos exames laboratoriais para os usuários (infelizmente alguns exames são realizados somente de forma particular como: ureia, creatinina, HDL, LDL, eletrólitos, proteinúria de 24 horas, hemoglobina glicada entre outros) quando disponível no centro de saúde. Organizar com os agentes comunitários de saúde a busca ativa pelos usuários que são acamados no diagnóstico da hipertensão e diabetes e manutenção do tratamento adequado.

Realizar o controle semanal, evitando a sua falta, dos medicamentos disponíveis na farmácia do centro de saúde para patologias comuns nos usuários idosos: medicamento antihipertensivos, antidiabéticos, analgésicos, polivitamínicos entre outros. Organizar, quando possível, o agendamento dos usuários idosos na atenção da saúde bucal, não se esquecendo dos pacientes acamados e auxiliando no transporte para o centro de saúde para a realização do tratamento específico.

Engajamento público: Realizar através de palestras em grupos comunitários e escolas, atividades educacionais a importância do envelhecimento saudável no contexto familiar. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quando devem ser reavaliados.

Orientar os pacientes quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obterem esse acesso no município. Ainda, o município não possui farmácia popular. Entretanto, cidades vizinhas são possíveis o acesso a conseguir os medicamentos gratuitamente.

Qualificação da Prática Clínica: Treinamento da equipe de saúde na avaliação da saúde do idoso como na avaliação multidimensional rápida abordando a função de cada profissional de saúde no atendimento ao usuário idoso. Capacitação dos

agentes comunitários de saúde na aferição da pressão arterial dos usuários e realização do teste HGT. Treinar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência a partir das suas limitações (idade, doenças, deficiência física ou cognitiva). Estimular o uso dos protocolos de saúde quando houver dúvida no atendimento ao usuário idoso pela equipe de saúde. Como abordar e triar os usuários na consulta odontológica de acordo com sua necessidade.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;

Monitoramento e avaliação: Avaliar de acordo com a secretária da UBS (responsável pela organização dos prontuários) com os ACS a quantidade de consultas que estão sendo realizadas semanalmente com finalidade de atingir o índice de cobertura estipulado pelo projeto de intervenção. Estudar se o número de consultas mantém-se estável semanalmente com o intuito de avaliar o sucesso do projeto de intervenção.

Organização e gestão do serviço: Discutir com a equipe de saúde na busca dos usuários faltosos (falta de transporte, falta de interesse, ausência de informação sobre o projeto de intervenção), com a finalidade de melhorar a cobertura dos idosos no município. Procurar organizar com os agentes comunitários de saúde o agendamento semanal dos usuários que serão atendidos em seus domicílios mantendo a organização do projeto de intervenção.

Engajamento público: Explicar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Explicar aos usuários idosos, através dos ACS, a importância da aferição da pressão arterial e do controle da glicemia na prevenção das doenças cardiovasculares. Abordar também a importância da avaliação da saúde bucal nessa faixa etária principalmente nos tabagistas (maior risco para câncer de boca e orofaringe).

Qualificação da Prática Clínica: Durante as reuniões semanais pela equipe de saúde, discutir como está a organização das consultas, se a meta definida (número de consultas ao dia) está sendo atingida, como está ocorrendo os atendimentos e se os mesmos estão sendo realizados de acordo com a ficha espelho abordando a qualidade do atendimento. Treinamento da equipe de saúde para o preenchimento

correto da ficha espelho saúde do idoso com o maior número de dados solicitados na ficha, além do prontuário da UBS com os dados cadastrais dos usuários em acompanhamento pela equipe ESF.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Se os prontuários estão bem organizados e se as consultas realizadas estão descritas nos prontuários com a realização da anamnese e exame físico de acordo com o caderno de atenção básica saúde do idoso do Ministério da Saúde. Organizar a entrega da caderneta de saúde da pessoa idosa visando o controle dos dados dos usuários e da terapêutica adequada.

Organização e gestão do serviço: Enfatizar a importância da secretaria da UBS na organização dos prontuários e realizando a atualização dos dados semanalmente com o decorrer do projeto e avaliando sua eficácia. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas (os benefícios que os usuários irão apresentar na prevenção de doenças, na melhoria da qualidade de vida, etc.), pela equipe de saúde, com o intuito do sucesso do projeto intervenção (e conseqüentemente o sucesso na ampliação da cobertura do município na saúde do idoso preconizada pelo estudo).

Qualificação da Prática Clínica: Registro: Preenchimento da caderneta do idoso corretamente anotando a pressão arterial e a glicemia (caso seja realizado o HGT no momento da avaliação) quando forem medidos e também dos medicamentos que o usuário idoso está utilizando com a descrição detalhada da prescrição (horários de uso do medicamento específico).

Relativo ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Monitoramento e avaliação: Monitorar os usuários idosos que apresentam maior risco de morbimortalidade devendo ser realizado pela equipe de saúde do município a investigação de fatores de riscos (déficit cognitivo, dependência para a realização das atividades de vida de diária, hábitos de vida, isolamento social, falta de suporte familiar, algumas patologias como o câncer, depressão, entre outros).

Realizar a avaliação e investigação dos idosos com relação aos indicadores de fragilização na velhice (investigar perda de peso, fadiga, diminuição da força, osteopenia, alterações do equilíbrio e da marcha, má nutrição, etc).

Organização e gestão do serviço: Organizar pela equipe de saúde as prioridades dos usuários idosos (seja por apresentar maior fragilidade ou risco de morbimortalidade) no atendimento na UBS ou durante a visita domiciliar. Outra forma de tornar mais cômoda o atendimento do idoso seria a realização da consulta marcada de acordo com o horário, entretanto deve discutir a possibilidade de realizar essa ação sem atrapalhar a quantidade de atendimentos que devem ser realizados ao dia. Outra proposta é facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente visto que são idosos com maior risco de morbimortalidade.

Engajamento público Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Explicar aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção facilitando a manutenção da terapêutica adequada e diminuindo os riscos da interrupção do tratamento mesmo quando o usuário tiver que se ausentar da próxima consulta agendada.

Orientar os idosos sobre seu nível de risco, que pode ser avaliado pela ficha espelho saúde do idoso, e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente e explicar a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Durante as reuniões discutir com os profissionais de saúde a identificação e o registro dos fatores de risco (descritas anteriormente) para morbimortalidade do usuário idoso como também os fatores de riscos de fragilização na velhice. Para facilitar a identificação, orientar os profissionais que durante as consultas ou visitas domiciliares levem a ficha de espelho para facilitar a identificação desses fatores.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Monitoramento e avaliação: Realizar a avaliação dos idosos que são acompanhados pela equipe ESF buscando intervir naqueles usuários que

apresentam uma rede social deficiente (violência intradomiciliar, avaliação do estresse do cuidador). Enfatizar durante as reuniões que deve ser calculado o IMC dos usuários para posterior avaliação e terapêutica para aqueles que são obesos ou desnutridos. Estimular e monitorar a prática de atividade física (caminhada, andar de bicicleta, realização de exercício nas academias de 3ª idade presentes no município). Avaliar e discutir durante as visitas domiciliares aos usuários acamados como é a alimentação nas suas residências e buscando incentivar os cuidadores a manter a alimentação saudável.

Organização e gestão do serviço: A promoção à saúde ocorrerá com empenho da equipe durante a realização dos atendimentos. Na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a equipe ESF deve trabalhar em conjunto enfatizando a importância desses hábitos. Durante as visitas domiciliares, consultas clínicas seja pela enfermeira, dentista, médico ou nutricionista, deve ser enfatizado como manter alimentação adequada para prevenção de doenças comuns nos usuários idosos como hipertensão e diabetes.

Discutir durante as reuniões semanais o auxílio do gestor municipal na realização de atividades educacionais físicas no município abordando sua importância na prevenção de patologias, principalmente as doenças cardiovasculares. Durante as atividades físicas deve haver a participação da equipe ESF para que sirva de estímulo aos usuários que frequentam a UBS e percebam a importância dessas atividades.

Engajamento público: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas na prevenção de doenças como osteoporose, diabetes, hipertensão e no auxílio terapêutico de outras patologias como Alzheimer e depressão. Importante enfatizar, até agora não citado, o enfoque da higiene bucal e de prótese dentárias pela equipe de saúde na prevenção de cárie, gengivite, periodontite e no câncer de boca e orofaringe.

Trabalhar a importância dos hábitos de vida alimentares saudáveis durante a consulta na UBS pela equipe de saúde.

Realizar palestras e reuniões com o auxílio da nutricionista abordando quais alimentos são saudáveis e que podem ser encontrados com facilidade e baixo custo no município (a população idosa do município apresenta um renda média de 1

salário mínimo, nesse caso, seria interessante abordar o consumo de alimentos saudáveis e de baixo custo).

Qualificação da Prática Clínica: Durante as reuniões, realizar a capacitação da equipe ESF na orientação dos idosos sobre a realização de atividade física regular, orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos e orientações de higiene bucal e prótese dentária. Realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com o guia: Dez passos para alimentação saudável” (guia simples e bem resumido bastante útil para a comunidade do município facilitando na orientação e aprendizado para uma alimentação saudável).

2.5 Indicadores

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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.

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.

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.

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.

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

2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliary;

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

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

2.7 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta;

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

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

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.

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.

2.10 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa;

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..

3.1 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia;

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

4.1 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

4.2 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia;

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.

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.

5.2 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.

5.3 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.

6.1 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis;

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

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

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.

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.6 Logística

Para realizar a intervenção no programa saúde do idoso, a equipe de saúde utilizou como protocolo o caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa do ministério da saúde, 2006. Com o intuito de realizar o acompanhamento dos usuários idosos no município (média de 6 atendimentos aos usuários idosos ao dia a fim de ampliar a cobertura da população para 80% em 3

meses durante a intervenção), preencheu os dados e informações dos usuários a ficha espelho do idoso que foi disponibilizada pela UFPEL.

As fichas espelhos foram impressas na secretaria de saúde do município e sua organização foi realizada pela secretária da unidade de saúde. Para acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Na organização do registro específico do programa, a secretária da unidade de saúde revisou os prontuários dos usuários idosos cadastrados na unidade e realizou o preenchimento das informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Os prontuários foram revisados mensalmente para avaliar a eficácia do projeto de intervenção. Os ACS realizaram busca dos usuários idosos que ainda não estavam cadastrados e os novos usuários que, agora, residem no município e ainda não possuem prontuários. Os usuários idosos que não comparecem ao serviço de saúde durante o agendamento deverá ser realizado uma busca pelo ACS da região para avaliar o motivo da falta (falta de transporte por exemplo) e encaminhá-lo para um novo agendamento.

O monitoramento dos idosos no município com o acompanhamento dos atendimentos realizados na UBS ou a realização das visitas domiciliares foi feito pela secretária da UBS (quantos idosos foram atendidos mensalmente). No preenchimento da ficha espelho, coube ao enfermeiro, secretária, técnico de enfermagem e o médico como foi realizado o acompanhamento dos dados (exame clínico esta sendo realizado de forma correta ? há o acompanhamento dos idosos hipertensos e diabéticos e o seu rastreamento ? as visitas domiciliares estão sendo realizadas semanalmente ? como está o acesso ao uso de medicamentos e exames laboratoriais?). Esses dados foram discutidos semanalmente durante as reuniões realizadas na UBS.

As orientações sobre a execução da intervenção no município como por exemplo: a importância da avaliação clínica feita na ficha espelho, os riscos das doenças comuns nessa faixa etária e como realizar sua prevenção (hipertensão, diabetes, osteoporose, etc.), a importância da realização de exames complementares com uma frequência mínima anual, as orientações da realização no programa no município, estimulando a participação dos usuários idosos e informando a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos foram realizadas pela equipe de saúde em conjunto, seja na abordagem a partir de

reuniões e palestras realizadas na UBS pelo menos mensalmente ou durante as visitas realizadas pelos agentes de saúde aos usuários idosos ou mesmo durante o atendimento realizado na UBS pelos profissionais de saúde.

A capacitação da equipe de saúde foi realizada semanalmente durante as reuniões, em que foi discutido sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção pelos agentes de saúde (em média 8 usuários idosos por semana pelos agentes comunitários, o que daria uma média de 33 idosos ao mês. No município, apresenta 330 usuários idosos residindo e considerando a percentagem da planilha, 8%, o número total de usuários idosos acamados é de 27 usuários, o que seria suficiente para realizar o acompanhamento mensal pelo ACS de todos os usuários idosos acamados). Importante ressaltar que o agente comunitário de saúde deve estar apto a reconhecer aqueles usuários que necessitam de acompanhamento domiciliar. Também foi discutido, durante as reuniões semanais, como ocorreu o preenchimento da ficha espelho, principalmente, pelo médico, enfermeiro, secretária e técnico de enfermagem. Foram enfatizadas aos ACS a realização das consultas e visitas semanais aos usuários idosos a fim de consolidar o projeto de intervenção aos usuários idosos evitando um possível desligamento dos mesmos.

Durante as primeiras reuniões semanais foi realizado o treinamento da equipe de saúde pelo médico e enfermeiro no preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento e atendimento ao usuário idoso. Houve também a explicação do preenchimento da caderneta de saúde do idoso com descrição das medicações que foram realizadas e seus horários específicos. A caderneta de saúde foi disponibilizada pelo gestor municipal (o que já era realizado). O monitoramento das cadernetas foi feita durante o atendimento realizado pela enfermeira e o médico da unidade ou pelo agente comunitário de saúde durante as visitas domiciliares.

As atividades de promoção à saúde foram iniciadas a partir da realização das medidas antropométricas na UBS, realizado pela secretária. Os hábitos alimentares dos usuários idosos eram discutidos brevemente durante o atendimento médico ou pela enfermagem com melhores orientações e acompanhamento pela nutricionista da UBS.

As atividades físicas eram estimuladas por toda a equipe de saúde, visto que na equipe, não apresentava um educador físico (interferindo nos estímulos às

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e realizadas

A intervenção realizada no município foi muito importante para melhorar a qualidade de saúde do município e, o mais interessante, foi perceber o retorno dos usuários que participaram desse período, com ênfase na sua importância.

Conseguimos atingir a cobertura estimada na saúde do idoso em virtude da participação em conjunto da equipe de saúde da UBS.

A equipe de saúde trabalhando de forma unida foi fundamental para concretizar os objetivos da intervenção. A triagem realizada pela secretária da unidade básica com a participação da enfermeira na consulta clínica e até o apoio dos profissionais de saúde do NASF foi fundamental para aumentar a demanda dos usuários que foram cadastrados no período da intervenção.

A equipe conseguiu acompanhar os usuários idosos com o rastreio daqueles usuários hipertensos e diabéticos (patologias muito comuns na saúde do idoso), com realização do diagnóstico e início do tratamento. Acompanhamos aqueles que já tinham o diagnóstico identificado, mas necessitava do seguimento em virtude de muitos usuários apresentarem as medicações, entretanto fazerem uso de forma incorreta.

Nos usuários hipertensos e diabéticos, conseguimos solicitar e realizar os exames complementares em 100%. Tivemos o auxílio do gestor municipal que melhorou o suporte dos exames complementares na unidade básica, facilitando a sua realização. Foi muito importante perceber também pelo usuário idoso a necessidade de realizar os exames complementares para o acompanhamento da patologia (hipertensão, diabetes ou dislipidemia). Os usuários após a consulta clínica retornavam com os exames realizados, percebiam a importância de realizar atividades físicas e de manter alimentação saudável. A nutricionista do NASF foi fundamental para realizar esse acompanhamento junto aos idosos.

Durante a intervenção, tivemos problema de não apresentarmos um educador físico que era fundamental para estímulo de atividades físicas no município e acompanhamento dos usuários idosos na academia do idoso. É fundamental que os usuários utilizassem essa academia até para melhorar a qualidade de vida daqueles que apresentavam patologias como osteoartrite, patologias reumatológicas em que a realização das atividades físicas com certeza trará benefícios. Após grandes esforços da equipe, conseguimos a contratação de um educador físico que iniciou seu trabalho no município em janeiro de 2015.

Um ponto importante que foi melhorado a partir da intervenção foi o aumento de consultas realizadas na zona rural. Conseguimos realizar muitas visitas domiciliares a idosos, em que mesmo não apresentando problemas de locomoção ou serem acamados tinham dificuldades de virem a UBS pela distância da sua

residência à unidade básica de saúde e pela falta de transporte próprio. Realizamos consultas clínicas na zona rural em associações. No início, o enfoque era apenas os usuários idosos, mas percebendo a necessidade de consultar outros usuários de diferentes faixas etárias, decidimos realizar também consultas com demanda livre.

Realizamos o outubro rosa e o novembro azul, com enfoque também nesses usuários. Conseguimos a participação de uma parcela importante dos usuários idosos que residem no município. Realizamos caminhadas em grupo, com intuito de estimular a prática de atividades físicas. Contamos com a participação dos profissionais do NASF com a realização de palestras sobre hábitos alimentares (ministrada pela nutricionista), realização de aulas de alongamento que foram organizadas pelo fisioterapeuta.

Durante as visitas domiciliares tivemos o apoio da assistente social naqueles casos onde havia conflitos familiares. Alguns idosos durante as visitas reclamavam da falta de paciência dos familiares, ressaltava discussões e nesses casos solicitamos a participação da assistente social. Foi percebido também que no município apresentava usuários idosos quem moravam sozinhos em que necessitava de um cuidador. Conseguimos, muitas vezes, entrar em contato com os familiares desses usuários para que acompanhassem a sua rotina, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses idosos.

Organizamos as visitas domiciliares para ocorrerem duas vezes na semana, uma visita domiciliar na zona urbana e outra visita domiciliar na zona rural. Semanalmente, a enfermeira, o médico e os agentes comunitários de saúde realizavam reuniões para organizar as visitas. Conseguimos aumentar o número de visitas domiciliares atendendo não somente usuários acamados e com problemas de locomoção, mas outros usuários idosos que tinham dificuldade comparecer à UBS. Esse planejamento foi um grande passo para aumentar a cobertura dos usuários idosos que eram atendidos durante o projeto de intervenção.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Um dos problemas que enfrentamos foi ausência do odontólogo na intervenção. O mesmo não quis realizar o acompanhamento dos idosos e não realizou o preenchimento da ficha espelho saúde bucal. Ao conversar, no início da intervenção sobre sua não participação, ele relatou que faltava tempo para realizar o

preenchimento da ficha e de realizar o acompanhamento dos usuários idosos. Apesar de realizar os atendimentos aos usuários idosos sem o preenchimento da ficha espelho, esse fato prejudicou em realizar a avaliação de como está a saúde bucal.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção, o registro e sistematização dos dados ocorreram com o preenchimento da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados. A capacitação e reuniões com a equipe de saúde foram essenciais nesses aspectos, com discussão, especialmente, sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção pelos ACS.

Fizemos orientações quanto ao preenchimento da caderneta de saúde do idoso, com descrição das medicações que foram realizadas e seus horários específicos. A caderneta de saúde foi disponibilizada pelo gestor. O monitoramento das cadernetas foi feito durante o atendimento realizado pela enfermeira e o médico da unidade ou pelo ACS durante as visitas domiciliares.

3.4 Viabilidade e incorporação das ações à rotina dos serviços

A intervenção foi muito positiva principalmente por estimular o trabalho em equipe dos profissionais da UBS. Melhoramos a qualidade da saúde do município e acredito que esse projeto foi o passo inicial para continuar a melhorar a saúde na cidade não somente na temática do idoso, mas que possa se difundir por outras ações programáticas, como, por exemplo, a saúde da mulher e da criança. Esperamos incorporar as ações desenvolvidas durante a intervenção na rotina da equipe da unidade de saúde. Assim, melhorar a cobertura dessa atenção e ajudar a comunidade aqui presente.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na unidade básica de saúde Joana Paula de Oliveira no município de Rafael Godeiro (RN).

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

Indicador 1.1 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Meta: 80% Resultado alcançado: 81,2%

Segundo dados do IBGE, a população total do município de Rafael Godeiro é de 3.080 habitantes. No último estudo demográfico realizado no município (2013), o número de idosos que residiam no território era 330 habitantes. Não havia o cadastramento específico dos idosos em uma ficha específica. A meta era ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso para 80% (264 usuários idosos cadastrados). No decorrer das 12 semanas, a nossa meta era o cadastramento de 6 usuários idosos ao dia (três usuários idosos por turno) em quatro dias da semana. Dessa forma, atingimos essa meta, com o cadastramento de 268 usuários idosos (figura 1).

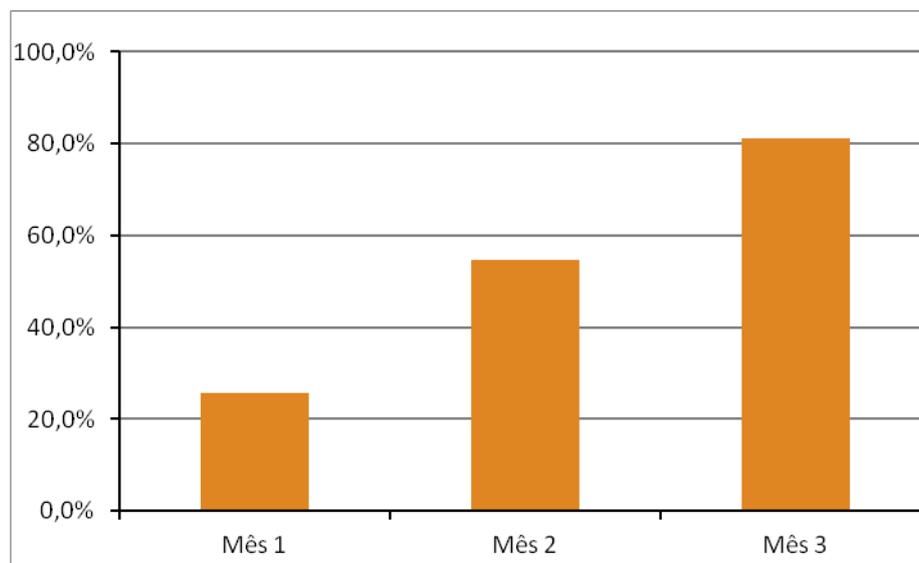


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Rafael Godeiro, Rio Grande do Norte, 2014

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

Indicador 2.1 – Percentagem de idosos com a avaliação multidimensional rápida em dia. Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

A avaliação multidimensional rápida na unidade básica era realizada pela enfermeira e pelo médico durante a primeira consulta clínica do usuário. O trabalho em equipe diminuía o tempo de realização da avaliação para facilitar a realização em todas as consultas clínicas. Dessa forma, não prejudicou demais consultas de outras ações programáticas. No período da intervenção, 100% dos usuários realizaram a avaliação multidimensional rápida.

Indicador 2.2 – Percentagem de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

O exame clínico foi realizado durante a primeira consulta do idoso. Realizado pelo médico da unidade básica, o exame foi realizado em todos os usuários idosos, com alcance da meta esperada (100% das consultas).

Indicador 2.3 – Percentagem de idosos hipertensos/diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Os exames laboratoriais eram solicitados naqueles usuários idosos com quadro de hipertensão/diabetes já diagnosticado (100% dos usuários hipertensos/diabéticos). Anteriormente, não eram solicitados novos exames para aqueles que tinham realizado os exames complementares no último ano. Importante comentar que esses usuários que não apresentavam um quadro de hipertensão/diabetes diagnosticado. Entretanto, não havia realizado exames no último ano, também eram solicitados para serem realizados.

Indicador 2.4 – Percentagem de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Meta: 100% Resultado alcançado: 83,6%

A prescrição de medicamentos na unidade básica era priorizada pelas medicações que existiam na farmácia da unidade. Medicamentos que não havia na UBS, o médico, nesse caso, priorizavam aqueles presentes na farmácia popular. Alguns idosos com doença crônica instalada (hipertensos, diabéticos, entre outros)

se consultavam com o especialista, de forma particular. Assim, prescrevia, na maioria das vezes, medicações que não havia descontos na farmácia popular. Logo, o médico da UBS não modificava essa prescrição. Esse fato justifica a percentagem de 83,6% dos usuários idosos com prescrição de medicamentos priorizada na farmácia popular.

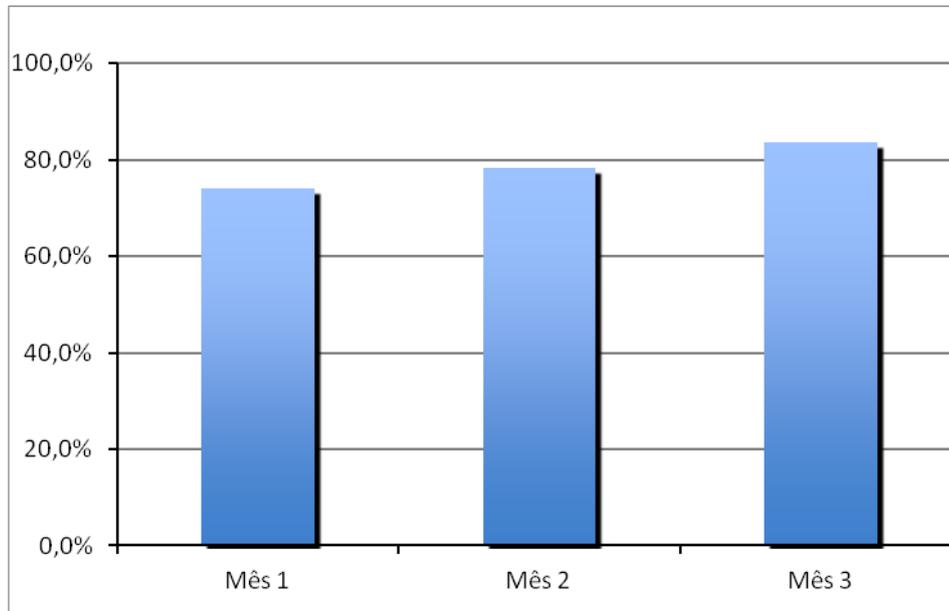


Figura 2 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Rafael Godeiro, Rio Grande do Norte, 2014

Indicador 2.5 – Percentagem de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Com o auxílio dos agentes comunitário de saúde, a equipe da unidade básica conseguiu cadastrar 100% dos usuários idosos acamados ou que apresentavam problemas de locomoção (usuário idoso cadeirante, que utilizava algum objeto, bengala por exemplo, para se locomover ou necessitava do auxílio de um cuidador para se locomover). O cadastramento foi realizado nas residências dos usuários na qual cada agente de saúde ficou responsável pelos idosos nas suas respectivas áreas de cobertura. Após estudo, a percentagem de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção era 21% aproximadamente.

Indicador 2.6 – Percentagem de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar realizada.

Meta: 100% Resultado alcançado: 97%

A equipe de saúde realizou as visitas domiciliares em 97% dos usuários que apresentavam problemas de locomoção ou eram acamados. Dois usuários idosos, no primeiro mês da intervenção, por falta de organização da equipe de saúde compareceram à unidade básica. Posteriormente corrigimos esse erro e a equipe, como o auxílio principal dos ACS, realizou as demais visitas domiciliares, conforme havia sido programado, sem intercorrências.

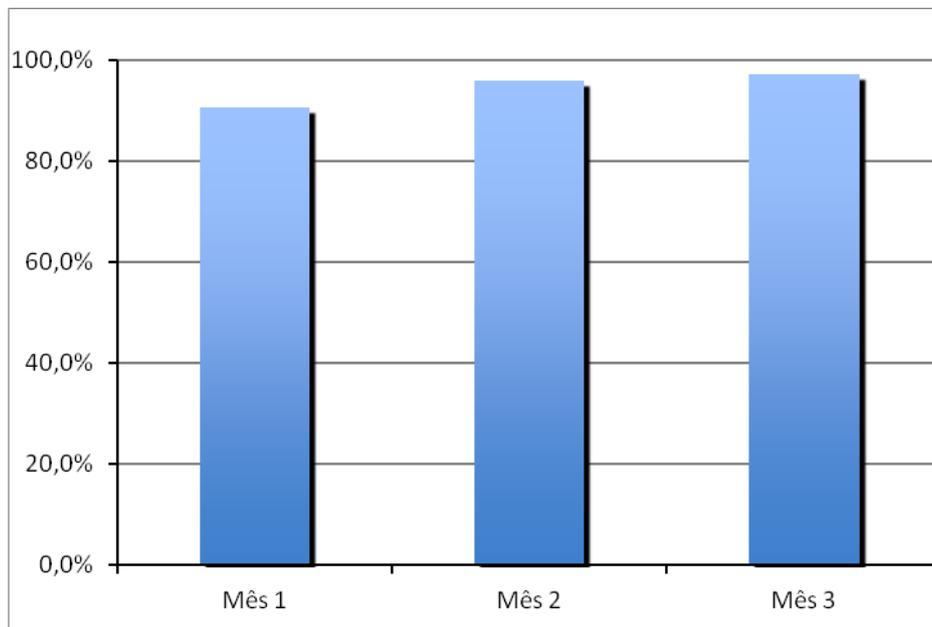


Figura 3 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de coleta de dados, Rafael Godeiro, Rio Grande do Norte, 2014

Indicador 2.7 – Percentagem de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Antes de iniciar a consulta, era aferida a pressão arterial de cada usuário idoso pela técnica de enfermagem, em caso de dúvidas, era solicitado que o enfermeiro ou o médico da UBS realizasse a aferição. Àqueles que não tinham o

diagnóstico de hipertensão arterial, entretanto no dia específico apresentava uma pressão arterial acima do normal. Assim, solicitava ao usuário que realizasse a aferição da pressão arterial durante uma semana e, posteriormente, apresentasse ao profissional de saúde. O rastreamento para hipertensão arterial foi realizado em todos os usuários idosos.

Indicador 2.8 – Percentagem de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Nos usuários idosos hipertensos diagnosticados, era solicitada realização da glicemia de jejum, com o intuito de rastrear a diabetes. Em todos os usuários idosos hipertensos, foi realizado teste para rastreio do diabetes. Como o teste de tolerância oral a glicose somente era feito de forma particular (o que dificultava a realização pelos usuários). Àqueles com glicemia entre 110 – 125 mg/dl eram solicitados novos exames (glicemia de jejum) após 3 meses de reeducação do hábito alimentar, com orientações da nutricionista da unidade de saúde.

Indicador 2.9 – Percentagem de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Todos os usuários idosos que não tinham realizado consulta odontológica nos últimos seis meses, eram solicitados o agendamento na unidade básica no intuito de realizar a consulta odontológica programática.

Indicador 2.10 – Percentagem de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta: 100% Resultado alcançado: 0%

A não participação do dentista durante a intervenção dificultou a aquisição desses dados para monitoramento e avaliação. No início da intervenção, a equipe de saúde entrou em consenso que o dentista da UBS seria responsável pelo acompanhamento dos idosos em que havia realizado a consulta odontológica. Nesse caso, não temos dados sobre esse gráfico. A equipe de saúde, em reuniões

posteriores, procurou corrigir o erro determinando que a secretária da unidade básica seria responsável pelo detalhamento das consultas realizadas nos usuários idosos. Dessa forma, poderemos obter dados para monitoramento da saúde bucal nessa ação programática.

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

Indicador 3.1 – Percentagem de idosos faltosos à consultas que receberam busca ativa.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Com o auxílio dos ACS, todos os usuários idosos que faltaram a consulta, eram posteriormente realizado a busca desse usuário, com o agendamento da próxima consulta na unidade de saúde.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações.

Indicador 4.1 – Percentagem de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

A ficha espelho era preenchida com o auxílio da secretária da unidade básica, da técnica de enfermagem, da enfermeira e pelo médico. A ação conjunta facilitou o preenchimento mais rápido da ficha, de forma organizada, sem, no entanto, comprometer as demais ações programáticas a serem realizadas na unidade. Todos os usuários idosos tiveram sua ficha espelho preenchida e arquivada nos seus respectivos prontuários.

Indicador 4.2 – Percentagem de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Durante a consulta clínica, usuários idosos que não ainda apresentavam a caderneta de saúde, recebiam uma preenchida, com os dados pessoais e dados da consulta clínica, o que facilitou seu acompanhamento durante as consultas, por exemplo: medicações que faziam uso, medição da pressão arterial e da glicemia, comorbidades associadas, entre outros. Todos os usuários idosos apresentavam a caderneta de saúde.

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

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

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Todos os usuários idosos foram avaliados durante a consulta clínica. Entre alguns fatores incluíam sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas (cirrose por exemplo), diabetes mellitus, entre outros.

Indicador 5.2 – Percentagem de idosos com avaliação da fragilização da velhice em dia.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

A avaliação da fragilização do usuário idoso era feito durante a consulta clínica. Era pesquisado se o usuário idoso havia perdido peso nos últimos meses, presença de fadiga, diminuição da força de preensão (não era medido com o dinamômetro), realização de atividades físicas diárias, diminuição da velocidade de marcha relatada por familiares, entre outros.

Indicador 5.3 – Percentagem de idosos com avaliação de rede social em dia.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Durante as consultas clínicas e nas visitas domiciliares, foi avaliado se o usuário idoso apresentava um cuidador em sua residência. Avaliou-se a relação do cuidador com o usuário idoso, quem poderia ajudá-lo caso ficasse doente ou se ele

necessitava de auxílio continuamente. Era realizado também o Apgar de família para avaliar conflitos familiares presentes no dia a dia do usuário idoso.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Indicador 6.2 – Percentagem de idosos que receberam orientação sobre a prática regular de atividades físicas.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Indicador 6.3 – Percentagem de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Meta: 100% Resultado alcançado: 100%

Nas consultas clínicas, todos os usuários eram orientados com relação aos hábitos alimentares, retirando suas dúvidas e quando necessário era realizado o encaminhamento para a nutricionista da unidade de saúde. Os usuários idosos eram estimulados a realizarem atividades físicas, seja caminhadas ou a realização de atividades na academia do idoso. A equipe de saúde obteve melhorias com a contratação de um educador físico para realizar atividades físicas e estimulando os usuários idosos. Os usuários idosos também eram instruídos com relação à higiene bucal recebendo orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na unidade básica do município de Rafael Godeiro (RN) foi fundamental na melhoria dos serviços de saúde prestados pela equipe SF. Alcançamos cobertura na atenção à saúde do idoso, melhorando a qualidade de vida desses usuários, a partir do monitoramento do diagnóstico de algumas patologias (diabetes, dislipidemia, hipertensão, osteoporose) e prevenção das suas complicações.

Durante essa intervenção, realizamos o cadastramento dos usuários idosos na UBS, bem com exame clínico apropriado. Abordamos o uso correto das medicações pelos usuários, com ênfase na importância do tratamento adequado e acompanhamento pelos profissionais de saúde. Os idosos ficaram mais conscientes da importância da prevenção de patologias tão comuns na sua faixa etária, como, por exemplo, a hipertensão arterial, diabetes melitus, osteoporose, osteoartrite, entre outros. Ressaltamos a necessidade da prática das atividades físicas regulares e mudanças efetivas nos hábitos alimentares, com o intuito de melhorar a qualidade e expectativa de vida dos usuários.

A intervenção nos trouxe outro aspecto do trabalho em equipe para os profissionais de saúde, com ênfase na importância de cada profissional envolvido nesse projeto de forma multidisciplinar que oferece benefícios para a comunidade. A realização de reuniões semanais, o planejamento das ações e o estudo da comunidade, que foi necessário durante o projeto de intervenção, facilitaram o sucesso da implementação do projeto, com foco nas ações educativas mais eficientes, maior vínculo dos idosos com a equipe de saúde, comparecimento às consultas agendadas, os exames laboratoriais solicitados e manutenção da terapêutica correta das patologias apresentadas. Logo, afirmamos que trabalho em equipe culminou na adesão dos usuários à intervenção, percebendo a importância do projeto para a saúde de cada idoso.

Outro ponto importante foi à descentralização das funções realizadas na unidade básica. A intervenção diminuiu a centralização e o enfoque das ações apenas realizadas pelo médico da UBS. Durante a intervenção, cada profissional da área tinha sua função e cada função era importante para concretização da intervenção. Os ACS realizaram o cadastramento dos usuários, avaliaram a necessidade de realizar visitas domiciliares. Já a secretária da UBS organizou os prontuários, a técnica de enfermagem coletou dados e avaliou os sinais vitais, o enfermeiro e o médico, exame físico e a anamnese. Todo esse trabalho em equipe melhorou muito a triagem dos usuários, a qualidade do exame físico e conseqüentemente abordagem mais correta na terapêutica e integralizada.

A intervenção trouxe benefícios principalmente na adesão do usuário idoso à UBS e à terapêutica adequada dos usuários quando necessários. Muito idosos, antes da implementação do projeto de intervenção, faziam uso das medicações de forma incorreta seja pela perda da prescrição ou pela falta de esclarecimentos. Com

o controle dos usuários a partir da caderneta de saúde do idoso, conseguimos ressaltar a importância do tratamento correto e contínuo, quando era necessário (por exemplo, no diabetes e hipertensão).

A ênfase dos exames preventivos, como, por exemplo, o rastreio para diabetes, solicitação do PSA e realização do exame citológico do colo uterino trouxe bastante benefícios para a comunidade. Importante ressaltar que iremos continuar a executar as ações previstas no projeto de intervenção, a atingir cobertura de 100% dos idosos cadastrados na UBS e, também, melhorar outras ações programáticas, como a saúde da criança e da mulher.

Houve também dificuldades como a não participação do dentista na intervenção. Apesar de que, durante essa intervenção, o profissional de saúde atendeu usuários idosos, aquele não participou com o preenchimento da ficha espelho saúde bucal do idoso que seria importante para o acompanhamento desses usuários e, conseqüentemente, ter melhoria da saúde bucal no município. Esse benefício também iria alcançar demais usuários adstritos e ampliar ações programáticas na comunidade.

Com a ausência na atuação do odontólogo na intervenção, deixamos de avaliar um indicador importante no que diz respeito à percentagem de idosos com primeira consulta odontológica programática a qual poderíamos acompanhar a saúde bucal do idoso.

Esperamos continuar com as ações implementadas no período da intervenção com a ampliação da cobertura da atenção à saúde do idoso a 100%. Recomendamos, ainda, continuar com atendimentos dos usuários residentes na zona rurais, pois é de fundamental importância o seu monitoramento e avaliação da qualidade da saúde. Dessa forma, estamos trabalhando para que ocorra esse monitoramento e avaliação, quinzenalmente. Os atendimentos, na zona rural, irão beneficiar toda a comunidade do município e, não somente, a população idosa. As reuniões semanais com os ACS devem continuar para monitorar cada microárea e sabermos como está cobertura da população idosa acamada ou com problemas de locomoção.

O projeto de intervenção, apesar das limitações como a ausência da participação do odontólogo, foi positiva para o município em virtude das melhorias que ocorreram nesse período já detalhadas em parágrafos anteriores. Dessa forma, o projeto deve continuar e deve-se ampliar para demais áreas temáticas da saúde.

4.3 Relatório da intervenção para a comunidade

Caros usuários da UBS Joana Paula de Oliveira,

Durante o período de 12 semanas, realizamos a intervenção na atenção à saúde do idoso na nossa unidade básica de saúde, com o objetivo de propiciar melhorias no atendimento aos usuários e, também, à comunidade do município.

Ao longo dessa intervenção, aumentamos cobertura dos atendimentos aos idosos adstritos, com o seu cadastramento no sistema de informação da UBS. Organizamos consultas clínicas planejadas nesse público-alvo, com o intuito de realizar o diagnóstico precoce de patologias mais frequentes nessa faixa etária como, por exemplo, alzheimer, depressão, osteoporose, artrose, diabetes, hipertensão, entre outros.

Conseguimos organizar os atendimentos nesse período, com o agendamento das consultas clínicas aos usuários, melhorando a adesão e a qualidade da consulta clínica. Com a intervenção, os profissionais de saúde da UBS trabalharam em conjunto, melhorando a dinâmica do atendimento na unidade básica, facilitando o agendamento das visitas domiciliares e estudando clinicamente os demais usuários que tinha dificuldade de comparecer à UBS.

Iniciamos atendimentos nas zonas rurais do município, com o objetivo de aumentar a cobertura desses usuários durante a intervenção. Esses atendimentos também melhoraram a cobertura da comunidade nas demais faixas etárias, em virtude que, os atendimentos na zona rural não foram restritos apenas a população idosa. Dessa forma, a comunidade, em geral, foi beneficiada por esses atendimentos.

Enfatizamos a importância da realização de exames laboratoriais no rastreio precoce de patologias como diabetes, hipertensão e dislipidemia. Realizamos palestras e agendamos exames preventivos contra o câncer de colo uterino e o câncer de próstata, ambos, comuns nessa faixa etária.

Aumentamos o número de visitas domiciliares tanto na zona urbana como na zona rural. Com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, realizamos um novo planejamento das visitas domiciliares para que aqueles usuários acamados ou com problemas de locomoção fossem beneficiados. Realizamos, também, visitas domiciliares aqueles usuários específicos que residem distantes da unidade básica e tinham dificuldades em comparecer à UBS para a consulta agendada.

Conseguimos, com o apoio do gestor municipal, a contratação de um educador físico que será muito importante para estimular as atividades físicas de vocês no município, além da realização de aulas na academia do idoso, que até o momento estava sendo pouco utilizada pela ausência de um profissional nessa área.

A intervenção trouxe muitas melhorias para a comunidade idosa: cadastramento dos usuários idosos, realização das visitas domiciliares, rastreamento de patologias como diabetes e hipertensão, distribuição da caderneta do usuário idoso, avaliação da rede social em que o usuário idoso convive, orientação sobre a prática regular de atividades físicas e a introdução de hábitos alimentares saudáveis. Todos esses fatores contribuíram para melhorar a qualidade da saúde do município. Esperamos que essa intervenção possa continuar e que, dessa forma, propicie muitos benefícios à comunidade de Rafael Godeiro.



Figura 4 - Palestra sobre câncer de próstata.



Figura 5 – Usuários idosos na palestra sobre câncer de próstata.



Figura 6 - Atendimento clínico na Zona rural.

4.4 Relatório da intervenção para os gestores

Caro gestor municipal de saúde Irenilma Tomaz de Amaral,

Ao longo de 12 semanas, realizou-se a intervenção na saúde do idoso na UBS Joana Paula de Oliveira, no município de Rafael Godeiro (RN). Essa intervenção teve como finalidade aumentar a cobertura dos atendimentos aos idosos no município, com alcance da meta. Melhoramos a qualidade dos atendimentos aos usuários idosos com a realização de um exame clínico apropriado com a abordagem específica para o usuário idoso. Conseguimos atualizar o cadastro dos usuários, como também a realização das visitas domiciliares.

Tivemos alguns imprevistos como a ausência do dentista durante a intervenção. Sua ação seria importante para realizar o acompanhamento da saúde bucal no município, conseqüentemente, realizando os atendimentos odontológicos nos idosos que seria um apoio fundamental na atuação da equipe da unidade básica, demonstrando o trabalho multidisciplinar da equipe.

Conseguimos realizar atendimentos na zona rural, melhorando a cobertura da saúde. Implementamos os atendimentos em associações localizadas na zona rural. Esses atendimentos melhoraram não somente a cobertura na atenção à saúde dos idosos, pois atendemos também mulheres, crianças, melhorando a qualidade da saúde do município, de forma geral. Planejamos as visitas domiciliares aos idosos, duas vezes na semana, para melhorar a cobertura daqueles usuários idosos com problemas de locomoção, acamados e aqueles que tinham dificuldade de comparecer à unidade devido à falta de transporte.

Durante a intervenção, melhoramos a qualidade do atendimento ao idoso. Dividimos a função de cada profissional da UBS para auxiliar no atendimento ao usuário idoso. Dessa forma, conseguimos manter a qualidade do atendimento em um curto prazo de tempo. Além de estimular o trabalho multidisciplinar, demonstrando a importância do trabalho em equipe. Incluímos alguns profissionais do NASF na intervenção como, por exemplo, o fisioterapeuta e a nutricionista, melhorando a qualidade dos atendimentos aos idosos e, principalmente, auxiliando na terapêutica de diversas patologias como diabetes, hipertensão e osteoporose por exemplo.

Com o auxílio do educador físico, fisioterapeuta e da nutricionista, demonstramos a importância da realização de atividades físicas e do uso da academia do idoso presente no município. Enfatizamos a importância de uma alimentação saudável na prevenção de patologias. Todas essas ações foram importantes para mostrar o trabalho em equipe dos profissionais da unidade básica em conjunto com os profissionais do NASF.

Seria interessante, a fim de melhorar o programa saúde da família no município, que a secretaria de saúde pudesse auxiliar na realização de eventos visando o aumento da promoção à saúde e prevenção de doenças como a realização de exames, uma vez anualmente, que atualmente são feitos apenas no serviço particular (densitometria óssea, mamografia, colposcopia). Aumentar o número de eventos (palestras, consultas especializadas) no município visando o conhecimento das patologias tão comuns na faixa etária idosa como Alzheimer, osteoporose, osteoartrose, depressão. Aquisição de um carro para UBS para realizar as consultas clínicas na zona rural como também as visitas domiciliares, aumentando a cobertura à comunidade idosa do município. Dessa forma, poderíamos melhorar ainda mais a atenção ao idoso no município de Rafael Godeiro

Melhoramos a qualidade da saúde do município e acredito que essa intervenção foi o passo inicial para continuar a melhorar a saúde da população não somente na temática do idoso, mas que possa se difundir por outras áreas como na saúde da mulher e da criança, por exemplo. Esperamos continuar com as ações desenvolvidas nesse período à rotina da UBS e que possamos melhorar e ajudar a comunidade aqui presente.

Atentamente,

Daniel Carlos Amorim Gadelha
Médico da ESF Centro de saúde Joana Paula de Oliveira.



Figura 7 - Visita domiciliar na Zona rural.



Figura 8 - Visita domiciliar na zona urbana.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O aprendizado no processo de especialização que iniciou nos primeiros meses do ano de 2014 foi muito importante para o amadurecimento no âmbito profissional, como também acadêmico. A disciplina em realizar as atividades teóricas semanais propostas pelo curso de especialização da UFPEL, o aprofundamento do conhecimento sobre a unidade básica onde estou trabalhando, o convívio com os profissionais de saúde da equipe saúde da família e a concretização da intervenção foram algumas etapas que percorri durante o curso.

Apreendi muito na qualificação da prática clínica, durante a especialização, principalmente no trabalho em grupo com a equipe na unidade básica. A realização de reuniões com essa equipe, o conhecimento do trabalho multiprofissional e transdisciplinar foi muito importante não somente para a realização da intervenção, como também para tornar o ambiente de trabalho “mais fluído” e, conseqüentemente, realizar as metas estabelecidas no projeto de intervenção.

Para mim, a maior dificuldade foi nas atividades teóricas, não tinha “tanta vontade em realizar” em comparação às atividades práticas, do dia a dia do

trabalho. Atrasei, muitas vezes, as atividades semanais durante o processo de especialização. Isso me preocupava, pois era perceptível a necessidade em ter mais disciplina e autocontrole pessoalmente. Nesse aspecto, é factível a necessidade em realizar mudanças e melhorar minha disciplina, esse fato, será pessoalmente algo que preciso melhorar e com o processo de especialização concretizado, foi percebido isto.

A intervenção, acredito, que fizemos bom trabalho. Após o término da intervenção, continuo a realizar as consultas clínicas com os usuários idosos e percebo o aumento de frequência deles na unidade básica. Ainda há planejamento, das visitas domiciliares, realização de reuniões com os usuários fortalecendo o vínculo do profissional da UBS com o usuário, a integração multidisciplinar dos profissionais, contribuindo na melhoria da qualidade do atendimento, entre outros.

Conseguimos modificar o processo de trabalho na unidade básica com a realização de reuniões semanais com a equipe de saúde da família, o planejamento semanal das atividades a ser realizado, a organização do trabalho dessa equipe para atingir a cobertura estimada durante o projeto de intervenção, as reuniões realizadas com o gestor municipal para trazer melhorias ao serviço de saúde do município. Logo, essas foram algumas ações que melhoramos durante o curso de especialização.

Gostaria de agradecer, de forma incontestável, à minha orientadora Zênia. Sem o auxílio dela, seria difícil realizar as atividades teóricas e práticas no processo de especialização. Ela foi fundamental para que eu continuasse no curso de especialização, sempre me ajudando em todos os momentos que precisava. Muito obrigado, Zênia.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília : Ministério da saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Chaimowicz, Flávio. **Saúde do idoso.** 2ª Ed. Belo Horizonte : NESCON UFMG, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Moraes, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

PAIZAN, Mara Lúcia; MARTIN, José Fernando Vilela. **Associação entre doença periodontal, doença cardiovascular e hipertensão arterial.** Rev. bras. hipertens; v.16, n.3, p. 183-185, jul.-set. 2009.

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri 11

Fonte | Alinhamento | Número

Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula

Inserir | Excluir | Formatar | Células

Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

A4

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1										
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									

Pronto

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

70%

Anexo IV – 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 Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL