

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social

Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6



Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família
Sede, Pureza-RN

Márcio Rodrigo De Macedo

Pelotas, 2015

MÁRCIO RODRIGO DE MACEDO

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família
Sede, Pureza-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**

M141m Macedo, Márcio Rodrigo de

Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na estratégia Saúde da Família Sede, Pureza-RN / Márcio Rodrigo de Macedo; Zênia Monteiro Guedes Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

64 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 à comunidade e equipe da ESF Sede de Pureza/RN que apoiou na concretização das ações em prol da melhoria de atenção à saúde das pessoas idosas cadastradas na unidade de saúde.

Agradecimentos

Sou grato pelo apoio de minha mãe, meu pai e de meus irmãos, que sempre me deram estímulo para concretizar minhas metas.

Agradeço, em especial, Suelha Rocha, minha companheira, pelo incentivo, pela paciência e compreensão.

Agradeço também a minha orientadora da especialização pela compreensão e pelo estímulo, tanto para a ampliação de meu conhecimento, como da minha vontade em melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Às demais pessoas que participaram dessa caminhada, agradeço de coração por todos os ensinamentos compartilhados e apoio constante.

Resumo

MACEDO, Márcio Rodrigo de. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família Sede, Pureza-RN**. 2015. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, modalidade à distância (EaD). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A ação programática de Atenção Primária à Saúde (APS) foi realizada no município de Pureza/RN, com foco na atenção da pessoa idosa. Sabe-se que muitas delas são acometidas por agravos crônicos não transmissíveis. Isso leva a acompanhamento frequente e por longo tempo pela unidade de saúde, já que, por sua natureza, não há cura. Fator este, promotor de possível processo incapacitante, afeta a independência da pessoa idosa, sendo ponto determinante no comprometimento da sua qualidade de vida. A partir do relatado, tornou-se objetivo principal da ESF Sede consolidar a política de saúde das pessoas idosas na população adstrita, tendo objetivos específicos a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa, o melhoramento da qualidade da atenção a pessoa idosa na Unidade de Saúde, o melhoramento da adesão das Pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa, o melhoramento do registro das informações, o mapeamento das pessoas idosas de risco da área de abrangência e a promoção a saúde das pessoas idosas. Desses objetivos propostos, a equipe conseguiu realizar a maioria deles, ampliando a cobertura com atendimento de qualidade, fazendo atenção específica à saúde da pessoa idosa no consultório e nos domicílios. Ao todo, 295 idosos foram assistidos no período da intervenção, completando 123% da estimativa (240 idosos). Apesar disso, nesse curso, objetivos como a melhoria da qualidade na assistência a saúde bucal, a ida a referências especialistas e a concretização dos exames complementares, apesar de solicitados, foram a grande deficiência no projeto. De modo geral, o projeto foi aclamado pela população, com boa aceitação das pessoas idosas. Contudo, a intervenção esbarrou em dilemas que fogem à governabilidade da equipe. Apesar dessas poucas ineficiências, a equipe vê como proveitosa a oportunidade em transformar positivamente a saúde local, expandindo a formação de sistemas organizados e efetivos, como feitos no trabalho, para outras ações programáticas da UBS. Por isso, todos os membros acataram com a fixação dessa atividade na rotina da UBS, após essa intervenção breve.

Palavras – chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Pessoa Idosa.

Abstract

The programmatic action of Primary Health Care (PHC) was held in the city of Pureza/RN, focusing on care of the elderly. It is known that many elderly people are affected by non-transferable chronic diseases. This leads to frequent monitoring and for a long time by the health unit, since, by its nature, there is no cure. A factor of possible debilitating process promoter, affect the independence of the elderly, being decisive point in compromising the quality of life. From the reported, became main purpose of ESF Sede consolidate health policy for older people in the enrolled population, with specific goals to expand the coverage of the Elderly Health Program, improving the quality of care for the elderly at the Health Unit, improving the adhesion of the elderly to the Elderly health Program, improving the recording of information, the mapping of risk elderly in the coverage area and promoting the health of the elderly. These objectives, the team managed to achieve most of them, expanding coverage with quality service, making specific health care for the elderly in the office and homes. In all, 295 elderly were assisted during the intervention, completing 123% of the estimate (240 elderly). Nevertheless, in this course, goals such as improving the quality of care oral health, the way the experts references and the realization of laboratory tests, although requested, were the major deficiency in the project. Overall, the project was acclaimed by the people, with good acceptance of the elderly. However, the intervention ran into dilemmas fleeing governance team. Despite these few inefficiencies, staff see how profitable the opportunity to positively transform the local health, expanding the training organized and effective systems. as made in the work to other program activities of UBS. Therefore, all member complied with the establishment of this activity in the routine of UBS, after that brie intervention.

Key-words: Family Health; Primary Health Care; Health of the Elderly.

Lista De Figuras

Figura 1 Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas cadastradas no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.....	41
Figura 2: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes.....	44
Figura 3: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	45
Figura 4: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática	45
Figura 5: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa	46
Figura 6: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	48
Figura 7: Gráfico indicativo de proporção das pessoas idosas com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	50

Lista De Abreviaturas/Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PA – Pressão Arterial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RN – Rio Grande do Norte

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

Apresentação	111
1 Análise situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional	19
2 Análise estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos.....	22
2.2.3 Metas.....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das Ações	24
2.3.2 Indicadores.....	30
3 Relatório da intervenção	37
3.1 Ações previstas e realizadas.....	37
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	39
3.4 Viabilidade e incorporação das ações à rotina dos serviços	39
4 Avaliação da intervenção	41
4.1 Resultados	41
4.2 Discussão.....	50
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	53
4.4 Relatório da intervenção à comunidade	54
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	57
Bibliografia	59
Anexos	61
Anexo I – Ficha Espelho (Frente).....	61
Anexo II – Ficha espelho (Verso)	62
Anexo III - Planilha de Coleta de dados	63
Anexo IV – Documento do Comitê de Ética	64

Apresentação

Este trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade Ensino à Distância da Universidade Federal de Pelotas, realizado no período de 21 de março de 2014 a 08 de janeiro de 2015, em parceria da Universidade Aberta do SUS, intitula-se Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família Sede, no município de Pureza-RN.

Apresenta-se em cinco capítulos. O primeiro 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 intitula-se Análise Estratégica, a partir da análise situacional, escolheu-se o tema da intervenção, os objetivos gerais e específicos, as metas previstas, a metodologia, com suas respectivas ações e indicadores, bem como logística de sua execução e alcance dessas metas.

O terceiro capítulo denomina-se Relatório da Intervenção, com descrição das ações realizadas no período da intervenção. No quarto capítulo apresenta-se a Avaliação da Intervenção, a qual se encontra descrito os resultados obtidos após período da intervenção. Além disso, descreveu-se breve discussão sobre a continuidade do projeto na UBS.

Ainda, observa-se exposição dos relatórios dessa intervenção à comunidade e aos gestores para que esses segmentos tomem conhecimento do que foi realizado nesse período. Este trabalho foi finalizado com a reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, com o intuito de compartilhar as angústias e experiências vividas durante este curso.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

(escrito em 04 de abril de 2014)

Estou atuando em Pureza/RN, um município próximo a capital do estado, Natal. A cidade hoje conta com três unidades de atenção primária. Estou na UBS-sede (região 1), que atende a maioria zona urbana e mais um núcleo rural. A unidade funciona com sete agentes comunitários de saúde, sendo cada um com média de 150 famílias. A secretaria de saúde pretende formar uma nova área, com partes dos postos 1 e 3. Este fato irá organizar a distribuição geográfica e social dessas áreas, facilitando o trabalho das unidades e o acesso dos usuários.

O posto-sede é uma casa, alugada pela prefeitura, com o consultório médico, odontológico e de enfermagem, uma copa, uma sala de reuniões improvisada, a recepção e o quintal. Há ainda um quarto pequeno de função de despejo e uma ampla varanda. Não há espaço nem material para procedimentos invasivos, como sutura ou até a simples punção venosa. Pelo menos, recebemos apoio para isto do hospital local, que conta com dois leitos, mas sem condições para internação, pois falta pessoal e material. Este atende boa parte da demanda espontânea e das urgências das unidades básicas, fato que dificulta as ações dos postos, como alimentação de prontuário do paciente e para a organização dessa demanda no próprio posto.

Cada família tem seu prontuário, contudo ele não é difundido para os profissionais externos à unidade. O serviço de referência/contra-referência é bem deficitário, pois não funciona a viabilização da informação em mão dupla, como deveria ser. Os trabalhos, nesse quesito, são individualizados e superficiais.

Há o NASF no município, com assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga. A atuação também é individualizada a cada profissional por suas áreas de abrangência. A assistência desse núcleo se dá por atendimento em consultório, sem vínculo assistencial direto às unidades; isso gera abismo entre esses grupos. Um lado a UBS reclamando a falta de ações em conjunto e do outro o NASF queixando-se de falta de local de trabalho.

A disponibilidade para exames complementares é limitada e com filas de espera muito demoradas, o que inibe a indicação deles.

Cada unidade atua de forma independente, sem troca de experiências ou associações em atividades programáticas entre elas. Todas as ações são individuais e sem organização temporal. A secretaria de saúde do município é quem opera mediando as demandas dos postos, sem a existência de grupos dedicados para cada unidade ou à atenção básica. As ações programáticas dependem da iniciativa da secretaria para serem realizadas. As reuniões da unidade são realizadas rotineiramente, com foco principal no calendário de atividades, individualizadas e engessadas.

Existe somente o conselho municipal de saúde. Este está há quatro meses sem funcionar, pois a secretária de saúde, que é a presidente do conselho, refere sobrecarga laboral. Os conselheiros são escolhidos por votação dos membros já presentes, contudo há forte indicação política nos bastidores. Há a participação de cinco profissionais da saúde nos onze membros, sendo 2 representantes do governo, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 3 agentes comunitários, 4 usuários. Dos participantes que converso, eles falam da pouca resolubilidade nas atividades do conselho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

(escrito em 30 de maio de 2014)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se no município de Pureza, cidade da região do Mato Grande, Rio Grande do Norte. Encontra-se a 59 quilômetros da capital potiguar (Natal) e possui uma população de 8.432 habitantes, segundo IBGE 2010. A principal fonte de renda da maioria dos purezenses, quase 56% da população, são os programas assistencialistas governamentais, enquadrando Pureza como cidade com elevado índice de pobreza. A maioria dos moradores se reside na zona rural, com 65% do total.

Atualmente, o município possui três UBS com ESF e um hospital de atenção tradicional com dois leitos de observação. A unidade de saúde em que atuo é a Sede, que engloba toda zona urbana da cidade e Olho D'água, um distrito rural. As outras duas UBS são exclusivamente de zona rural, que engloba diversas unidades

satélites, as quais as duas equipes se deslocam frequentemente para atendimento no local.

As unidades contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma assistente social, um fisioterapeuta, uma psicóloga e um educador físico. Vemos no local dificuldade em utilizar a atenção especializada, como marcação de consultas e seguimento no cuidado, pois a maioria do serviço é dependente da capital, Natal, que absorve as demandas especializadas de grande parte do estado. Acho deficitário esse serviço secundário, pois, além da demora, não há a contra-referência. Outro ponto importante é a ausência do prontuário do paciente. Há somente o documento que preenchemos na unidade para referência. Vale destacar, também, a dificuldade em realizar exames complementares simples, como hemograma e glicemia de jejum, seja por defeito na máquina ou por excesso da demanda. Esses fatores deixam o serviço ingurgitado e lento, comprometendo o funcionamento da unidade, bem como qualidade na prestação do serviço ao usuário.

Estruturalmente, a UBS é um espaço alugado pela secretaria de saúde. Tem formato de uma casa, com uma garagem, que é utilizada para acolhimento da demanda, uma sala, para realização de procedimentos e trânsito de pessoas, uma copa, três consultórios, sendo um odontológico e uma sala para armazenar produtos de limpeza e o lixo da unidade.

Não há espaço bem delimitado para expurgo ou acondicionamento do lixo contaminado na unidade de saúde. Os espaços que mais fazem falta à unidade são uma sala de arquivo, recepção e sala de procedimentos. Os prontuários são arquivados em uma estante, no meio da casa. Os procedimentos são realizados em meio a um trânsito de pessoas.

Não há condições para realizar procedimentos que exijam assepsia ou antisepsia, como suturas, drenagem de abscessos ou limpeza de feridas. A recepção é dispersa e confusa, fato que dificulta o acolhimento da demanda. A secretaria possui projeto para construção de uma nova unidade Sede, com estrutura baseada no Manual de Estrutura Física das Unidades básicas de Saúde do Ministério da Saúde. Contudo, vejo que necessita de grande pressão social para sair do papel. Iniciei processo de participação social da região, incluindo usuários nas reuniões da unidade. Fato este que irá contribuir para dar um impulso à modificação da realidade da região.

A equipe da unidade é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma técnica em odontologia, um nutricionista, uma recepcionista e oito agentes comunitários de saúde. O grupo elenca como uma das maiores dificuldades antes era o entrosamento entre os membros. Havia um bloqueio que impedia a troca de informações. Esse foi um ponto que focamos em estruturar, com a abertura na comunicação e discussão entre nós próprios sobre as nossas condutas. Fato que melhorou o fluxo de informações e o próprio funcionamento da unidade. As reuniões, além de espaço de balanço de dados, estão sendo um ambiente rico em discussão e análise do funcionamento da unidade.

A unidade Sede abrange 1.220 famílias com 3420 habitantes cadastrados, sendo a população masculina representante de 51% do valor total. A população menor de 15 anos representa 32% do valor total. Há uma prevalência da população idosa na área, representando 380 habitantes ou 11% do valor total. Contudo, é ingurgitada de usuários pertencentes a outras ações programáticas, por causa da indisponibilidade de serviço das outras UBS, as quais apresentam quadro semanal de membros reduzido. Esse fato não nos impede de atendê-los, mas a demanda espontânea é alta, que já apresenta uma estrutura limitada para o público da área adstrita.

A demanda espontânea é absorvida principalmente pelos agentes comunitários e a técnica de enfermagem. Ainda há dificuldade em manejo dessa demanda, pois não era algo trabalhado antes. Existia apenas a consulta marcada a pedido do usuário para o médico e para a enfermeira. Agora, estamos trabalhando mais com a escuta qualificada e a necessidade de urgência das demandas.

As ações programáticas da unidade são fatores repletos de desorganização quanto aos dados e objetivos. Muito se é cobrado nesses pontos, mas sem foco. Sem meta, não há reflexão, nem discussão. Fica só trabalho braçal, assistencialista somente.

A UBS possui registradas 112 crianças de 0 a 2 anos de idade. Avalio que na Saúde da Criança há desinteresse da mãe, por não saber da importância, e do profissional de saúde, que não sabe o que está acontecendo. As consultas em puericultura têm alguma dificuldade em manter a precisão do Ministério da Saúde, bem como a regularidade. O objetivo deixa de ser a promoção à saúde para o curativismo, pois a unidade é procurada principalmente para os casos agudos, e não

para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Fato importante é o envolvimento de todos para absorver essa demanda, apesar de não existir organização. Também vejo que não há formas de protocolo e de registro específico na unidade sobre essa ação.

A cobertura do pré-natal é eficiente na área em que atuo, pois absorve todas as gestantes da área, possuindo 37 gestantes registradas, e o acompanhamento puerperal acontece, não com a precisão em que é preconizado. Às vezes, há a demora em 1 ou 2 meses na atualização das consultas, o que é ruim para o acompanhamento destes usuários. Alguns dos indicadores para o pré-natal e puerpério esbarram na falta de infraestrutura e organização da unidade.

Por exemplo, o sulfato ferroso já há três meses em que há falta dele na farmácia. Algumas gestantes não têm condições para comprar, e ficam sem o seu uso. Segue-se o manual técnico do Ministério da Saúde sobre pré-natal e puerpério. Com certeza, uma padronização dos dados e fiel atualização deles daria a unidade ferramentas para reflexão e discussão, a fim de saber se o trabalho está ou não sendo eficaz. Propus em última reunião com a equipe, a fim de que não só no pré-natal e puerpério, mas em todas as outras ações programáticas haja esse enriquecimento de dados e que ele seja mais regular e consistente.

A cobertura na ação programática de prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama é satisfatória, com cobertura de 60% das 755 mulheres registradas na área em idade apropriada para realização do citopatológico e 62% das 226 mulheres registradas em idade adequada para realizar rastreamento do câncer de mama. As atividades de orientação são focalizadas e frequentes. A procura, também é intensa. Noto que há atraso na realização dos exames e entrega dos exames, em especial a mamografia, visto que a cidade depende da capital para realizar o exame, traduzindo em cerca de quatro meses de espera para realização do mesmo. Contudo, há prontidão quando necessita de urgência no caso. Quando há resultado alterado, encaminhamos para o especialista. Com certeza, como visto em ações programáticas anteriores, a adequação da coleta de dados, bem como sua constante atualização são itens fundamentais na avaliação/reflexão do trabalho da UBS.

Além disso, o registro em formulário próprio facilitaria o seguimento das mulheres em idade-alvo. Esse formulário deve ser revisado e constantemente discutido com os membros da equipe, para se ter uma abrangência eficaz e atenção

à saúde de qualidade. Com relação à demora, já foi falado com os gestores sobre esse assunto. Eles prometeram uma força-tarefa para limpar a fila de espera. Fizeram isso em uma cidade próxima, com as forças armadas, e foi bem proveitoso.

As ações programáticas que envolvem os hipertensos e diabéticos é item frequente na vivência da unidade. O HIPERDIA abrange 338 hipertensos e 89 diabéticos registrados na unidade. Acho importante essa intensa presença, pois mostra a preocupação da população com a sua qualidade de vida. Vejo que existem objetivos para cobertura e incentivo desses grupos. Isso favorece numa melhor conduta para o crescimento da qualidade na saúde.

Existe nutricionista que atua intensivamente nos diabéticos e hipertensos e educador físico, que é parte do NASF. Há incentivo por parte de todos para a busca do controle das doenças. Vejo pouco caso de descontrole nos tratamentos. Há alguns, mas existe atuação da UBS em acompanhar de perto esses usuários, fundamentando esse cuidado nos protocolos da Sociedade Brasileira de Cardiologia e no manual do Ministério da Saúde.

Creio que uma equipe para análise dos índices, atualização frequente e reflexão sobre eles seria uma atitude fundamental na melhoria da cobertura. Propus, como nos outros temas discutidos, para a UBS, a fim de que nós debatamos esses pontos com frequência.

A saúde do idoso, como nas ações de hipertensos e diabéticos anteriormente citados, é um elemento comum na rotina da unidade. Na área de abrangência existem 380 idosos registrados. Muitos dos idosos são hipertensos ou diabéticos, representando grande parte da fatia dessas ações. Isso cabe a nós da unidade em adir conhecimentos nas consultas das ações programáticas em questão.

Não seguimos protocolos para essa ação programática, fato que após ler o manual do idoso do Ministério da Saúde, vi a importância em crescer pontos fundamentais, como Realização de Avaliação Multidimensional Rápida e Investigação de indicadores de fragilização na velhice, pois analisamos a qualidade em que os usuários estão envelhecendo. Isso cria dados para fundamentar uma discussão objetiva focalizada na otimização desse processo de senilidade.

Em todas as ações programáticas, a UBS é falha em coleta de dados e em fundamentação por protocolos. Esses assuntos deveriam ser constantes nas reuniões, a fim de analisar, discutir e tentar modificar a realidade. Se isso não

acontece, o trabalho fica infundado, sem foco, acabando por frustrar o ímpeto e a vontade dos membros da equipe, que não vêm mudanças, nem como fazê-las.

Nos questionários é incrível a quantidade de pontos respondidos com “não há na UBS” ou “não sei”, o que mostra as grandes falhas do serviço. Elementos estruturais, insumos para uso básico e até profissionais são fatores que a presença facilitaria tanto o trabalho da equipe, quanto o conforto e comodidade dos usuários do serviço. Eles serviram muito para reflexão da unidade, já que era feito por todos os membros.

Vimos que algumas das falhas poderiam ser sanadas, como a existência de uma equipe própria para coordenar os dados na unidade e a ampliação da presença dos membros nas atividades coletivas e programáticas, algo que era restrito mais ao médico e enfermeiro. Mas analisamos que muitos pontos fogem a nossa governabilidade. Fato este que iniciamos com a comunidade reuniões para fundamentar o engajamento social no sistema de saúde local.

Foi entregue a carta dos direitos do usuário do Sistema Único de Saúde, discutido e apreciado por todos os participantes. Todos ficaram empolgados, com sede de mudança, e se interessaram em participar constantemente das reuniões em equipe da UBS. Sem dúvidas, criou-se um ramo de esperança na população, sedenta por mudanças e melhorias na qualidade de vida.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Ao analisar os dois textos, percebe-se a importância da longitudinalidade. A visão inicial é exposta de uma forma pontual e superficial da estrutura organizacional da unidade, e também de seus mecanismos de funcionamento. Após passados dois meses na vivência da equipe e da comunidade, tive a oportunidade de conhecer, com uma certa profundidade, o sistema de atuação da UBS em sua área de abrangência.

Esse enraizamento foi construído com objetivos e metas estipuladas pelo curso de especialização em Saúde da Família. Fato este que além de criar dados epidemiológicos para fundamentar o trabalho da saúde básica na unidade serviu para reflexão do trabalho realizado.

Notamos desorganização quanto às ações programáticas, as quais não atingem sua plenitude de eficácia, por não apresentarem estes dados para servir de

objetivo à equipe em focalizar o trabalho nos grupos com menos assistência do sistema de saúde.

O fato da existência de um conselho de saúde no município é engrandecedor, pois é ferramenta importante no controle social. O que nos entristece que nessa arena, encontramos arbitragem política, impedindo usuário fiscalizar e defender os seus interesses na comunidade.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil, a população idosa cresceu significativamente nos últimos anos. Isso se deveu ao processo de transição demográfica, decorrente das quedas nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade da população. Aliado a esse fator, vemos também a transição epidemiológica, refletindo nas mudanças nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez. Essa transição é marcada pela substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis crônicas. Logo, viu-se que a expectativa e qualidade de vida aumentaram significativamente no país, tornando uma preocupação para a saúde pública e sobrecarga nos serviços de saúde (LEBRÃO, 2007).

A ação programática de Atenção Primária à Saúde (APS) será a atenção a pessoa idosa, pois sabemos que muitas delas são acometidas por agravos crônicos não transmissíveis. Isso as leva a acompanhamento frequente e por longo tempo pela unidade de saúde, já que, por sua natureza, não há cura. Fato este, promotor de possível processo incapacitante, afeta a independência da pessoa idosa, sendo ponto determinante no comprometimento de sua qualidade de vida. A partir deste ponto, torna-se objetivo consolidar a política de saúde das pessoas idosas para que mais usuários atinjam idades avançadas com um bom estado de saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) possui o público idoso representando 11% do total. Por esse motivo, essa ação aborda parte da rotina da unidade, afinal, existe um grande número de usuários com mais de 60 anos na população adstrita. Contudo, não há foco para a pessoa idosa, e sim para outras ações programáticas, como a hipertensão ou diabetes. Em sua estrutura, não há adaptações nem facilidades para acesso de pessoas idosas e deficientes físicos.

Não se segue protocolos para essa ação programática, fato que após a análise do manual do idoso do Ministério da Saúde, viu-se a importância em acrescentar pontos fundamentais, como Realização de Avaliação Multidimensional Rápida e Investigação de indicadores de fragilização na velhice, pois se analisou a qualidade em que os usuários estão envelhecendo. Isso cria dados para

fundamentar uma discussão objetiva focalizada na otimização desse processo de senilidade.

Outro ponto interessante é que se vê a equipe interessada em trabalhar este ponto, fator essencial na escolha desta ação programática. Porém, por dificuldades materiais na rede laboratorial do município, os exames complementares estão com grande dificuldade em serem adquiridos sem grande espera, fato que pode atrasar o cumprimento do cronograma do trabalho.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Sede, Pureza-RN

2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa;
- Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na Unidade de Saúde;
- Melhorar a adesão da pessoa idosa ao Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência;
- Promover a saúde das pessoas idosas.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à Saúde da Pessoa Idosa da área da unidade de saúde para 63,2%.

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

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% da pessoa idosa 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% das pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas;
- 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas;
- 2.5. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área);
- 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção;
- 2.7. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- 2.8. Rastrear 100% das pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas;
- 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

- 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas 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% das pessoas idosas cadastradas.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as pessoas idosas 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% das pessoas idosas.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas;

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

2.3 Metodologia

Trata-se de uma intervenção ocorrida nos períodos de 8 de agosto a 06 de novembro de 2014, ocorrendo no município de Pureza/RN, na unidade Sede. Serão utilizadas análises estatísticas que quantificarão os indicadores de cobertura e de qualidade. Os resultados foram apresentados expostos 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).

2.3.1 Detalhamento das Ações

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

Meta 1: 63,2%.

Monitoramento e avaliação: Serão registradas as pessoas idosas da área de abrangência da UBS em planilha de coleta de dados, sendo acrescentada pelos agentes comunitários a pessoa idosa cadastrada no programa de saúde da pessoa idosa.

Organização e gestão do serviço: Os agentes comunitários alimentarão o registro de dados das pessoas idosas da área de abrangência da UBS em planilha de coleta de dados, dividido em atendimentos por microáreas, a ampliar cobertura integral e universalmente.

Engajamento público: Realizar-se-ão palestras pelo médico, enfermeira e agentes comunitários, e formação de grupo de multiplicadores na UBS, com coordenação do médico, para disseminar as informações sobre esclarecimentos da importância do acompanhamento periódico, e existência e facilidades do Programa de Atenção a Pessoa Idosa na UBS. O grupo de multiplicadores será formado por membros da comunidade, indicados pelos ACS, por participação ativa na unidade ou vontade própria, que tenham habilidade em disseminar informações e que possuam bom

grau de respeito por parte da comunidade. As informações serão repassadas em reuniões específicas para esta finalidade.

Qualificação da Prática Clínica: Irá ser feito registro individual das pessoas idosas com formação de 'checklist' das atribuições de qualidade do atendimento em 100% da cobertura pelo médico e enfermeira. Os multiplicadores, as palestras, as consultas diárias e as visitas domiciliares serão ferramentas para fortalecer o engajamento público, pois serão expostas as metas para qualidade do atendimento da saúde da pessoa idosa e a importância da existência delas, bem como exposição de conceitos importantes referentes à pessoa idosa, como o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741 de 10 de outubro de 2003) e o Pacto Pela Vida (2006). Reuniões, discussões e treinamento prático com a equipe, com base nos protocolos e Cadernos de Atenção Básica, servirão como elementos para capacitar o grupo para fornecer atendimento com qualidade eficaz e serão ministrados, inicialmente, pelo médico. Após consolidação do serviço de treinamento, serão escolhidos os ministrantes dos treinamentos, com exigência de serem membros da equipe ou profissionais da saúde, em reunião anterior.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na Unidade de Saúde;

Meta 2: 100%.

Monitoramento e avaliação: Todas as pessoas idosas cadastradas na área de abrangência da UBS serão acolhidas e avaliadas pela técnica em enfermagem, agentes comunitários e secretária. 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.

Organização e gestão do serviço: O acolhimento das pessoas idosas pela equipe será feito como primeiro contato da UBS, em que serão avaliadas quanto à urgência da atenção, com marcação prévia desses atendimentos.

Engajamento público: Realizar-se-ão palestras e formação de grupo de multiplicadores na UBS para disseminar as informações sobre esclarecimentos da importância do acompanhamento periódico, e existência e facilidades do Programa de Atenção à Pessoa Idosa na UBS. O grupo de multiplicadores será formado por membros da comunidade, indicados pelos ACS, por participação ativa na unidade ou vontade própria, que tenham habilidade em disseminar informações e que possuam

bom grau de respeito por parte da comunidade. As informações serão repassadas em reuniões específicas para esta finalidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Avaliação Multidimensional Rápida: Para realização dessa avaliação, será necessário balança, antropômetro, tabela de Snellen e de Jaeger e otoscópio; todos esses itens estão presentes na unidade. O trabalho será dividido com os membros da UBS, sendo os encaminhamentos atribuição médica. Técnico em enfermagem irá avaliar peso e altura (nutrição); enfermeiro, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição/memória e função de membros; ACS: atividades diárias, domicílio, quedas, suporte social.

Exame físico apropriado: O atendimento se dará com o exame físico apropriado a pessoa idosa, visando seus riscos e morbidades já estabelecidas. O hipertenso e o diabético serão avaliados sempre com a medida da pressão arterial por manguito adequado pela técnica em enfermagem. A enfermeira irá prestar cuidado ao usuário e suas morbidades. O médico irá atender às situações de risco, monitorização e diagnóstico das morbidades dos usuários. Dada à baixa governabilidade no sistema de referência e contrarreferência, este ponto pode comprometer o acompanhamento exato ou no prazo de pacientes refratários ou com grave descompensação de morbidades. O agendamento se dará pelos ACS e secretária em local específico, com dia e hora discriminados.

Número de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia: neste ponto há grande falta de governabilidade, pois existe grande espera e limitação de pacientes pelo laboratório do município. Atualmente, algumas máquinas estão em manutenção, o que aglomera cada vez mais as filas de espera. Contudo, para seguir os protocolos e os cadernos do MS, serão solicitados os exames periodicamente: semestralmente para os idosos compensados, trimestralmente, para os diabéticos e mensalmente para os descompensados.

Medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia: Irão ser indicados a todas as pessoas idosas abordadas pelo programa medicamentos presentes nas Farmácias Populares, com esclarecimento da existência da mesma e localização das mesmas. No grupo HiperDia, haverá também esclarecimento da distribuição dos medicamentos.

Pessoas Idosas acamadas ou com problema de locomoção: Irá ser registrado em prontuário específico, analisado e acompanhado periodicamente por área de

ACS (trimestralmente, nos casos crônicos e compensados e descompensados com frequência dependente de avaliação clínica).

Hipertensos cadastrados: Anualmente, todas as pessoas idosas da área de abrangência irão passar por rastreamento de hipertensão. Os novos casos serão registrados em prontuário específico. O coordenador da atenção básica será cobrado para a garantia de material específico de medição da pressão arterial.

Pessoas Idosas com pressão superior a 135/80 mmHg e submetidos ao rastreamento de DM: Anualmente, pessoas idosas com tal descrição irão ser avaliadas e serão realizados exames básicos como medição da PA e do hemoglicoteste, para rastrear risco de nefropatias e síndrome metabólica precocemente. Os materiais serão informados ao coordenador da atenção básica do município para ter garantia da presença deles na unidade.

Serviço odontológico: Enfrentaremos mais uma falta à governabilidade. Atualmente, a dentista está com licença por doença, sem data para retorno às atividades. Contudo, o objetivo primordial será acolhimento, cadastramento e atendimento prioritário às pessoas idosas pelos ACS e técnica em consultório odontológico.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

Meta 3: 100%.

Monitoramento e avaliação: As consultas serão marcadas pela equipe da UBS e, para as pessoas idosas faltosas, realizadas busca ativa e visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço: Os faltosos receberão visita domiciliar em dia específico, a fim de criar vínculo com a equipe SF, bem como avaliar motivo da sua ausência na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Adesão: Pessoas idosas serão avaliadas e monitoradas por prontuário específico sobre as frequências das consultas. Os faltosos serão visitados e encaixados na rotina da UBS de caráter de urgência, com vistas aos ACS e secretária. A comunidade será parte ativa nesse ponto, pois o rastreamento dependerá do conhecimento do programa e da sua periodicidade, expostos pelos multiplicadores e ACS, partes ativas da comunidade na UBS.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Meta 4: 100%.

Monitoramento e avaliação: Criar-se-á prontuário específico para acompanhamento da cobertura das pessoas idosas. Será anotada presença de novas pessoas idosas da comunidade e do falecimento, a subsidiar no estudo epidemiológico da área da UBS.

Organização e gestão do serviço: O registro dos dados será feito pela equipe em prontuário específico para acompanhamento da cobertura das pessoas idosas, com devido preenchimento de acordo com perfil profissional.

Engajamento público: Realizar-se-ão palestras e formação de grupo de multiplicadores na UBS para disseminar as informações sobre esclarecimentos da importância do acompanhamento periódico, e existência e facilidades do Programa de Atenção a Pessoa Idosa na UBS. O grupo de multiplicadores será formado por membros da comunidade, indicados pelos ACS, por participação ativa na unidade ou vontade própria, que tenham habilidade em disseminar informações e que possuam bom grau de respeito por parte da comunidade. As informações serão repassadas em reuniões específicas para esta finalidade.

Qualificação da Prática Clínica: Registro: O registro se dará por dois prontuários específicos da Saúde da Pessoa Idosa, sendo um coletivo e outro individual, para informações técnicas e aprofundadas sobre a saúde do usuário, além da carteira da pessoa idosa, para acesso global às informações básicas do mesmo. O monitoramento será contínuo em consultas, com alimentação de lista de checagem e organograma de consulta, fato que irá facilitar a visualização da não realização de qualquer procedimento referente à qualidade do serviço. As informações à comunidade serão alimentadas pelos multiplicadores, palestras e consultas diárias. A equipe será treinada para preenchimento dos dados através de demonstração prática.

Relativo ao objetivo 5: Mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência;
Meta 5: 100%.

Monitoramento e avaliação: O monitoramento do risco de morbimortalidade se baseará na Avaliação Multidimensional Rápida e em pontos específicos, citados por MAIA et al. (MAIA, F.O.M; et al. Fatores de risco para morbimortalidade em pessoas idosas. Revista Saúde Pública, 2006) descritos: idade maior ou igual a 75 anos, sexo masculino, doenças do aparelho circulatório e respiratório, hospitalização,

dependência para atividades diárias, déficit cognitivo e auto avaliação de saúde. Lembro que não há escore, somente o delineamento dos principais fatores de risco. Além desse ponto, analisar os indicadores de fragilização na velhice, exposto por Fried e colaboradores (Caderno de Atenção Básica da Saúde do Idoso, pág. 50-55, MS, 2006). Contempla também esse item a avaliação da rede social de todos os idosos acompanhados na UBS, com apoio do Núcleo de Assistência à Saúde da Família em associação com os ACS. A avaliação da rede irá determinar indivíduos em risco, com anotação dos dados em prontuário com discussão entre a equipe, o gestor e a comunidade para crescer qualidade de vida nesses usuários.

Organização e gestão do serviço: A equipe aperfeiçoará acolhimento de qualidade às pessoas idosas, principalmente àquelas pouco vistas ou da ciência de todos da dificuldade social em participar do serviço. O cadastro desses usuários será ostensivo pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) da UBS, a alimentar prontuário específico. Dessa forma, facilitará, além das ações da UBS, atualização das informações do SIAB.

Engajamento público: Realizar-se-ão palestras e formação de grupo de multiplicadores na UBS para disseminar as informações sobre esclarecimentos da importância do acompanhamento periódico, e existência e facilidades do Programa de Atenção a Pessoa Idosa na UBS. O grupo de multiplicadores será formado por membros da comunidade, indicados pelos ACS, por participação ativa na unidade ou vontade própria, que tenham habilidade em disseminar informações e que possuam bom grau de respeito por parte da comunidade. As informações serão repassadas em reuniões específicas para esta finalidade.

Qualificação da Prática Clínica: Avaliará vulnerabilidades das pessoas idosas, com estratificação de risco cardiovascular pela escala de Framingham e análise de lesões em órgãos alvo, com foco nas ações que mais apresentem risco de adoecimento e complicações.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas;

Meta 6: 100%.

Monitoramento e avaliação: Será registrada em planilha descrita acima a participação de pessoas idosas em atividades de orientação à prática regular de exercícios físicos, boa alimentação e saúde bucal.

Organização e gestão do serviço: A promoção à saúde ocorrerá com empenho da equipe durante a realização dos atendimentos. Também, aproveitará contato direto com a pessoa idosa, a partir da realização das palestras no dia do atendimento e em grupo de pessoas idosas, para atividades de orientação à prática regular de exercícios físicos, boa alimentação e saúde bucal.

Engajamento público: Realizar-se-ão palestras e formação de grupo de multiplicadores na UBS para disseminar as informações sobre esclarecimentos da importância do acompanhamento periódico, e existência e facilidades do Programa de Atenção a Pessoa Idosa na UBS. O grupo de multiplicadores será formado por membros da comunidade, indicados pelos ACS, por participação ativa na unidade ou vontade própria, que tenham habilidade em disseminar informações e que possuam bom grau de respeito por parte da comunidade. As informações serão repassadas em reuniões específicas para esta finalidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Promoção à saúde: Irá ser colocado em prontuário específico se houve ou não orientação nutricional, de atividade física e saúde bucal. As orientações serão dispostas aos membros da unidade por duas formas: individual e coletiva. A primeira, por meio das consultas e visitas domiciliares, e a segunda por palestras e grupo. O grupo já existe na área de abrangência da unidade, com funcionamento independente da UBS. Iniciaremos atividade da unidade nesse grupo de idosos, com fundamentação por meio de palestras e discussões. Para não excluir os outros membros da comunidade, irão ser feitas palestras também na unidade, com convite das pessoas idosas, contudo, sem exclusão de qualquer membro que queira participar. A equipe será instruída dos pontos a serem frisados na orientação, como 'o que' e 'quais' são os alimentos saudáveis, quais são as orientações específicas para os hipertensos e diabéticos, quais são as atividades e qual sua frequência e como é realizada a higiene da boca e próteses dentárias, baseados em protocolos e diretrizes, bem como nos Cadernos de Atenção Básica.

2.3.2 Indicadores

Relativo objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa.

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

Relativo objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na Unidade de Saúde;

2.1 Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.2 Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3 Proporção de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com solicitação de exames complementares periódicos em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

2.4 Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada;

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

2.5 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas;

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

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

2.6 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar;

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

2.8 Proporção de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes;

Numerador: Número de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes mellitus

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

2.9 Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas idosas inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.10 Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa;

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

3.1 Proporção de pessoas idosas com registro na ficha espelho em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Relativo objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

4.1 Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo objetivo 5: Mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência;

5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

5.2 Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

5.3 Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas;

6.1 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis;

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

6.2 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física;

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

6.3 Proporção de pessoas idosas com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia;

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de pessoas idosas da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

2.3.2 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Saúde da Pessoa Idosa vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde na Pessoa Idosa, 2006. Utilizaremos o cartão da pessoa idosa disponível pelo Ministério da Saúde. Contudo, com apenas o cartão da pessoa idosa, não teríamos à disposição informações completas (escala multidimensional rápida, índices de fragilização na velhice, saúde bucal, avaliação de morbimortalidade) facilmente acessíveis, ficando espalhadas no prontuário do paciente.

Para aumentar organização da ação, além de fornecer recursos mais facilmente utilizáveis em discussões com a equipe, elaboraremos ficha coletiva das pessoas idosas, registrando nome, número do prontuário, ACS responsável, idade, avaliação de risco e vulnerabilidade objetiva, necessidade de visita domiciliar, presença de hipertensão ou diabetes, mês de participação de atividade coletiva, vacinação e próxima consulta. Essa ficha será atualizada mensalmente, em reunião da equipe.

Existirá, também, ficha individual, que terá espaço para identificação, morbidades, escala multidimensional rápida, índices de fragilização na velhice, fatores de risco de morbimortalidade, exames complementares. Esperamos alcançar com a medida 240 pessoas idosas em três meses.

Para organizar as fichas, a secretária, em conjunto com os ACS irão preencher a ficha coletiva, que será impressa pela secretaria. A ficha individual irá ser preenchida pelo ACS, técnico em enfermagem e enfermeiro. O cartão da pessoa idosa será preenchido pelo ACS e pelo técnico em enfermagem.

O processo de preparação da equipe se dará em reunião com fornecimento de material e exposição de preenchimento das fichas. Irei me reunir com a equipe para aprimorar falhas e acertos das fichas durante o uso. Mediante as circunstâncias em que se encontrar o paciente, o encaminharemos para serviço de nível secundário ou terciário, mantendo os princípios de referência e contrarreferência, enriquecendo o processo com a cópia da ficha do paciente.

Faremos reunião com membros da comunidade no espaço da unidade que tenham habilidade em divulgar informações para disseminar a importância da adesão ao programa, bem como da participação social em indicar casos de difícil aceitação ou com alto risco.

Semanalmente, a ficha coletiva será avaliada pelos ACS para avaliar a presença de faltosos às consultas e às atividades coletivas e com atraso em vacina e exames complementares. Os ACS irão fazer a busca ativa nos casos de atraso/faltosos em 10 usuários por semana, totalizando 40 num mês. Após visita, a pessoa idosa registra o motivo e o ACS refere o tipo de atendimento se será domiciliar (acamado/dificuldade em locomoção) ou na unidade.

3 Relatório da intervenção

Antes de implementar ações de intervenção, foi elaborado um projeto com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas na ESF Sede, do município de Pureza-RN. Os objetivos específicos foram: ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa para 63,2%, melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na Unidade de Saúde, melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa, melhorar o registro das informações, mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência e promover a saúde das pessoas idosas.

O projeto foi iniciado dia 08 de agosto deste ano, sendo a coleta de dados do monitoramento para o mesmo feita até dia 06 de novembro, totalizando 13 semanas de intervenção.

3.1 Ações previstas e realizadas

A equipe conseguiu realizar a maioria dos objetivos propostos, ampliando a cobertura com atendimento de qualidade, fazendo atenção específica à saúde da pessoa idosa no consultório e nos domicílios. A unidade reservava um dia da semana, com consultas marcadas antecipadamente, para atender à demanda dessa ação programática. O objetivo era fazer 20 atendimentos por semana, contudo havia grande demanda pelas pessoas idosas da comunidade. Este fato elevou o número de atendimentos semanais para, em média, 30 atendimentos, dos quais a equipe cumpria cerca de 10 visitas domiciliares.

O atendimento envolvia o preenchimento da ficha espelho e alimentação da planilha de coleta de dados. Este fato fazia cumprir a obrigatoriedade de realizar todos os itens indicados na melhoria de qualidade da atenção da pessoa idosa. Isso foi importante para criar uma rotina do atendimento, tanto para os profissionais, quanto para o usuário. Com o tempo, a sequência lógica da abordagem ficou mais fluida na prática clínica, com o estudo de fundamentos da análise multidimensional rápida, do exame físico apropriado, da solicitação dos exames complementares para

diabéticos e hipertensos, da prescrição de medicamentos da farmácia popular e do acompanhamento de acamados e com problemas de locomoção.

Quanto ao registro completo, houve o preenchimento da planilha de coleta de dados, com as informações dos usuários, quanto à participação da ação e a realização das atividades da mesma e a ficha individual, a qual continha informações específicas do paciente, como resultado da avaliação multidimensional rápida, exames laboratoriais realizados e medicamentos em uso.

A avaliação de risco fazia parte da ficha individual, sendo realizada em cada atendimento e era composta da escala de Framingham e presença de lesões em órgãos alvo.

A equipe, em associação com o NASF, realizou mapeamento das pessoas idosas em risco, prestando apoio intensivo a esse grupo menos favorecido. Realizaram-se visitas domiciliares e busca ativa a pessoas idosas pouco vistas pelo sistema.

Os integrantes produziam, também, promoção à saúde com palestras e explicações individuais, tanto na unidade quanto no domicílio.

Ao todo, 295 pessoas idosas foram assistidas no período da intervenção, completando 14,4% a mais da estimativa planejada (240 idosos).

As palestras e conversas individuais foram engrandecedoras para os usuários, que em grande quantidade absorveram as informações passadas e colocaram em prática. A equipe começou a ver o sucesso dessa orientação no período final da intervenção, pois começavam a ser revistos alguns usuários do início da ação. Eles traziam um semblante de alegria e de realização de um desejo de muitos dos participantes: ter saúde. A avaliação subjetiva melhorou significativamente das pessoas idosas que confirmavam a realização das orientações.

Houve, também, a formação de um grupo de chamados 'comunicadores', pessoas da própria comunidade com boa habilidade em difundir informação que eram orientadas quanto à alimentação ideal e hábito de fazer exercício físico regular. O importante nesse ponto é que não só o grupo de pessoas idosas ficava a par das informações, mas toda área de abrangência da UBS.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Apesar disso, nesse curso, objetivos como a melhoria da qualidade na assistência a saúde bucal, a ida a referências especialistas e a concretização dos exames complementares, apesar de solicitados, foram a grande deficiência no projeto. Acredita-se que os ingurgitamentos dos serviços descritos foram determinantes na má adequação a ação programática. Além do serviço de saúde bucal ser bastante ingurgitado, a equipe enfrentou grande dificuldade com o profissional, o qual passou por diversos problemas de saúde nesse tempo, fato que apenas no primeiro mês da intervenção houve resposta do mesmo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início, a equipe enfrentou dificuldades em preencher e trabalhar com a ficha espelho, contudo, houve ação intensiva, com reuniões extraordinárias e conversas individuais, para sanar as dúvidas e aperfeiçoar a utilização desse material.

Em toda reunião da equipe havia a exposição dos dados registrados na planilha, com formação de discussões para melhoria e planejamentos futuros. Existiam, também, discussões da realização de ações futuras, bem como estratégias para absorver os usuários relutantes em participar da atividade.

3.4 Viabilidade e incorporação das ações à rotina dos serviços

De modo geral, o projeto foi aclamado pela população, com boa aceitação das pessoas idosas. Contudo, a intervenção esbarrou em dilemas que fogem à governabilidade da equipe, os únicos que não foram incorporados à rotina do serviço. Este fato irá sempre ser rediscutido pelos membros da equipe para ver a possibilidade em realizá-los, tendo em vista possíveis mudanças na didática do sistema em realização de exames complementares, visitas aos especialistas e, principalmente, a estabilidade do serviço de odontologia da unidade.

Além desses fatores, a equipe enfrentou uma visão conservadora da forma de promover saúde. O público de mais idade está acostumado a ver os serviços de saúde com amparo curativista e tipicamente biologista. Este fato deixava de lado

o organismo como sendo um conjunto intricado e harmonioso de sistemas, para ser dicotomizado em especialidades.

Por isso, era comum a equipe ter resposta inicial de pessoas idosas resistentes à participação a intervenção de “eu não estou doente” ou “não sinto nada”, e após o completo cuidado, serem vistos inúmeros agravos à saúde. Após o contato, muitos relutantes viram o novo foco como engrandecedor e revelador da saúde, tanto para o sistema, quanto para eles próprios. Existiu o comentário de um dos usuários referindo uma reflexão ao que ele pensava de saúde.

Apesar disso, a equipe vê como proveitosa a oportunidade em transformar positivamente a saúde local, expandindo a formação de sistemas organizados e efetivos, como feitos no trabalho, para outras ações programáticas da UBS. Por isso, todos os membros acataram com a fixação dessa atividade na rotina da UBS, após essa intervenção breve.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

Indicador 1: Cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde;

Meta: 63,2%. Resultado alcançado: 77,6%.

A estimativa do número de pessoas idosas da área foi 380 usuários. Na intervenção, conseguiu-se cobrir 77,6% da população, cumprindo 14,4% a mais do planejado (240 idosos), sendo 101 idosos assistidos no primeiro mês, 89 no segundo mês e 105 no terceiro mês. A figura abaixo representa esse registro.

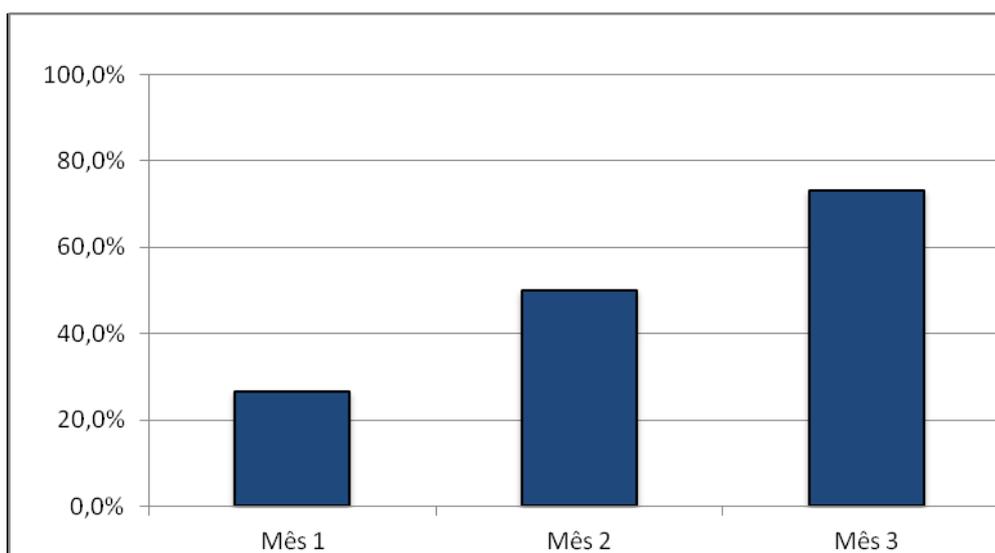


Figura 1 Proporção de pessoas idosas cadastradas no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Ao ser iniciado o projeto, não existiam ações programáticas voltadas ao público idoso na unidade de saúde, apesar de ser uma grande demanda da mesma. A maioria deles era conduzido em grandes grupos de doenças, como hipertensão e diabetes, o que prejudicava a visão integral da saúde deles.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na Unidade de Saúde;

Indicador 2.1: Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

A avaliação multidimensional rápida foi realizada em 100% das pessoas idosas em todos os meses da intervenção e serviu como um aprofundador integral e rápido da saúde da pessoa idosa. Nesse momento, muitos que se diziam sem problemas demonstravam alguns com grande necessidade em serem conduzidos por uma terapêutica especializada.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

O exame clínico apropriado foi realizado em 100% das pessoas idosas, fato que evidenciou várias fragilidades e grandes riscos em desenvolverem morbididades limitadoras da qualidade de vida, como artropatias crônicas e osteoporose sem condução médica. Alguns dos diabéticos já possuíam perda de pulsos e insensibilidade para dor em membros inferiores, um grande risco de desenvolvimento de lesões crônicas e incapacitantes.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com solicitação de exames complementares periódicos em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Os exames foram solicitados em 100% das pessoas idosas que se submeteram a intervenção. Contudo, a equipe recebia pouca resposta desses exames, pois o laboratório municipal estava com problemas técnicos e de material, não realizando grande parte destes solicitados. Muitos faziam utilizando clínicas particulares, mas essa realidade não poderia ser aplicada à maioria da população, que possui baixa renda.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Foram solicitados a todas as pessoas idosas medicamentos contidos na farmácia popular. Vale citar que a maioria da população tem baixa renda, não possuindo condições em comprar medicamentos em farmácias comuns. A falta de algumas medicações também aconteceu, por isso, alguns não utilizaram a medicação conforme solicitado. A medida do possível, a equipe tentava adequar esse problema com o que tinha na farmácia.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%

Foram cadastrados 100% das pessoas idosas com problemas de locomoção por microárea, respeitando a ordem estipulada pela equipe para realizar as visitas. A grande maioria desse grupo já vinha sendo acompanhada pela unidade, mas sem o foco da ação empregada na intervenção.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

A visita foi realizada em 100% das pessoas idosas da área de abrangência da unidade. As visitas eram realizadas semanalmente e tendo as microáreas individualizadas.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com verificação da pressão arterial na última consulta;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Foram verificados 100% das pessoas idosas que participaram da intervenção quanto ao rastreamento de hipertensão arterial sistêmica, com aferição de pressão arterial nas consultas. Algumas pessoas idosas faziam anos que não eram acompanhados pelo sistema de saúde, sendo deixados por conta própria. A intervenção veio para empregar assistência a este grupo menos visto pela unidade física.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 84,3%.

Conseguiu-se cobrir 84,3% das pessoas idosas que possuíam a pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. O índice não foi coberto em 100% por falta de material na unidade para monitoração da glicemia capilar de todos os participantes. Foram solicitados em todas as pessoas idosas os valores de glicemia de jejum juntamente com os exames complementares rotineiros.

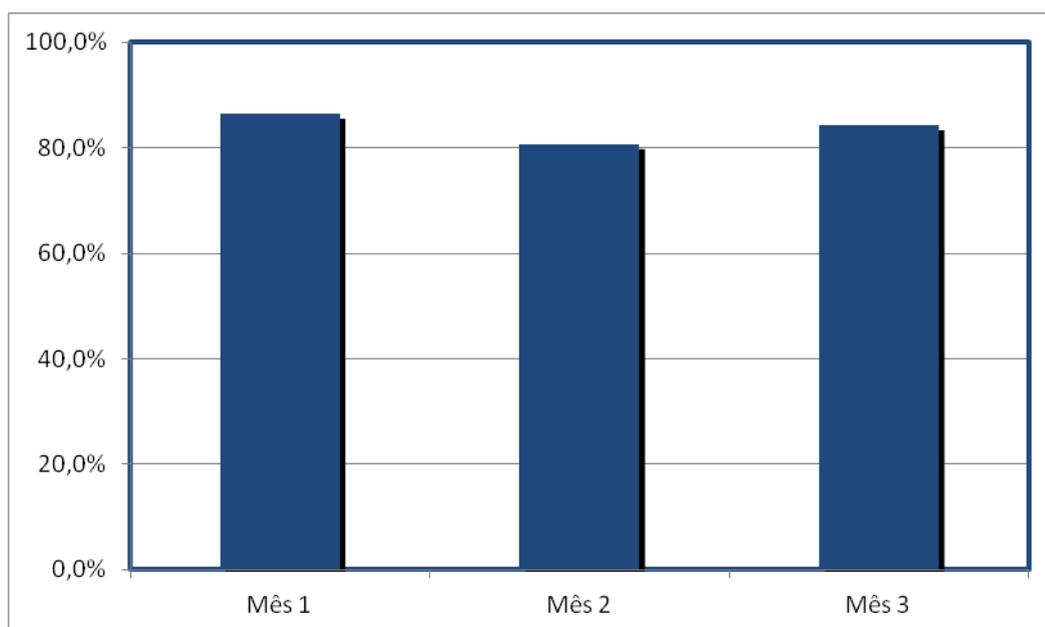


Figura 2: Proporção de pessoas idosas hipertensas rastreadas para diabetes;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 31,9%.

A equipe enfrentou forte dificuldade com esse ponto, pois o profissional dentista estava com sérios agravos à saúde. A unidade passou os dois últimos meses da intervenção sem o acompanhamento desse integrante. O índice final ficou com 31,9% das pessoas idosas avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico.

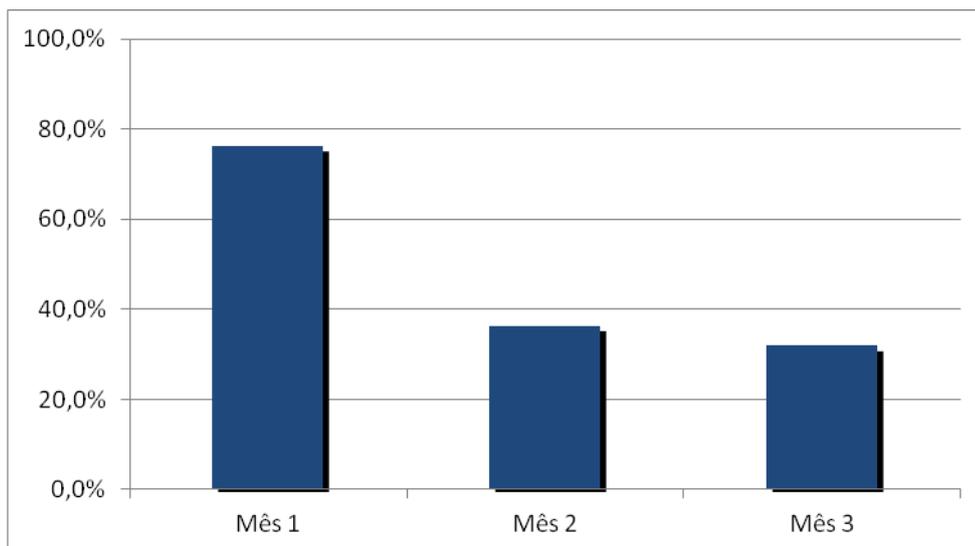


Figura 3: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 23,4%.

Devido ao problema citado no item anterior, esse índice ficou com o valor 23,4% dos idosos com a primeira consulta odontológica.

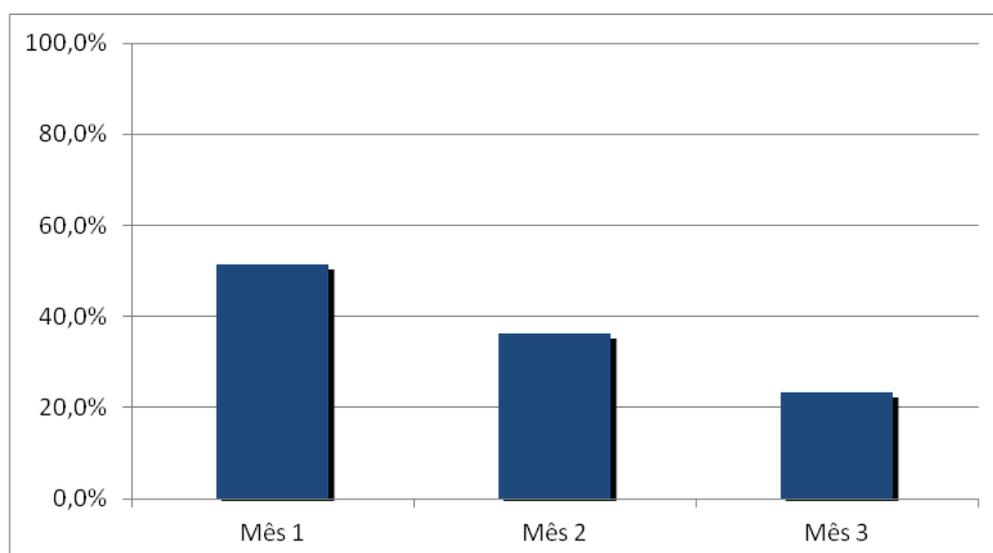


Figura 4: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa;

Metas 3: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas;

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas com registro na ficha espelho em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Em três das oito microáreas da unidade foram realizadas buscas ativas dos faltosos. Possuiu-se 41 pessoas idosas (13,9%) das 295 acompanhadas pela intervenção. Muitos não participavam pelo conhecimento limitado do trabalho dos profissionais da unidade. Havia ainda medo do contato e o questionamento de 'procurar doença' muito presente nesses usuários. Contudo, a equipe conseguiu contornar esses pensamentos e expor o real funcionamento de toda UBS. Esse ponto foi bastante cansativo, mas muito proveitoso, pelo fato de vencer pouco a pouco ideais de outrora com relação ao significado mais profundo da palavra 'saúde'. É notado em figura 5 que o "mês 1" não possui barra completa, pois a realização da busca ativa se dava no mês após avaliação da microárea por completo. Logo, no "mês 2" foi realizada a busca ativa das duas microáreas avaliadas no primeiro mês e no "mês 3" foi realizada a busca ativa da microárea avaliada no segundo mês.

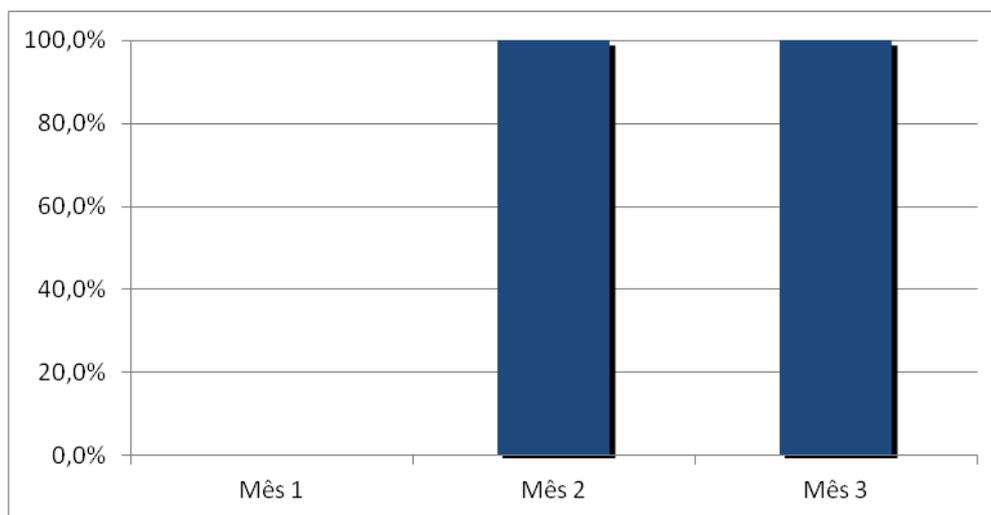


Figura 5: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Indicador 4.1: Proporção de pessoas idosas com registro na ficha espelho em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Todas as pessoas idosas que participaram da intervenção possuíram a ficha espelho devidamente preenchida e a caderneta de saúde da pessoa idosa com os dados integralmente completos. Os dois pontos são informações bastante importantes do indivíduo e da sua saúde. A caderneta é um acompanhamento não só da unidade, mas também dos outros serviços de saúde ofertados ao usuário, sejam eles pagos ou não.

Objetivo 5: Mapear as pessoas idosas de risco da área de abrangência.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 97,3%.

A avaliação do risco de morbimortalidade sofreu um decréscimo em relação às outras por falta de treinamento da equipe em utilizar os mecanismos (escala de Framingham e avaliação de lesão em órgão alvo). Por isso obteve 97,3% das pessoas idosas participantes, enquanto os demais índices completaram 100%. Conseguiu-se descrever riscos à saúde em algumas pessoas idosas, os quais foram dados maior atenção quanto ao seguimento, solicitando mais retornos à unidade, exames complementares mais aprofundados e, para alguns, visitas a especialistas.

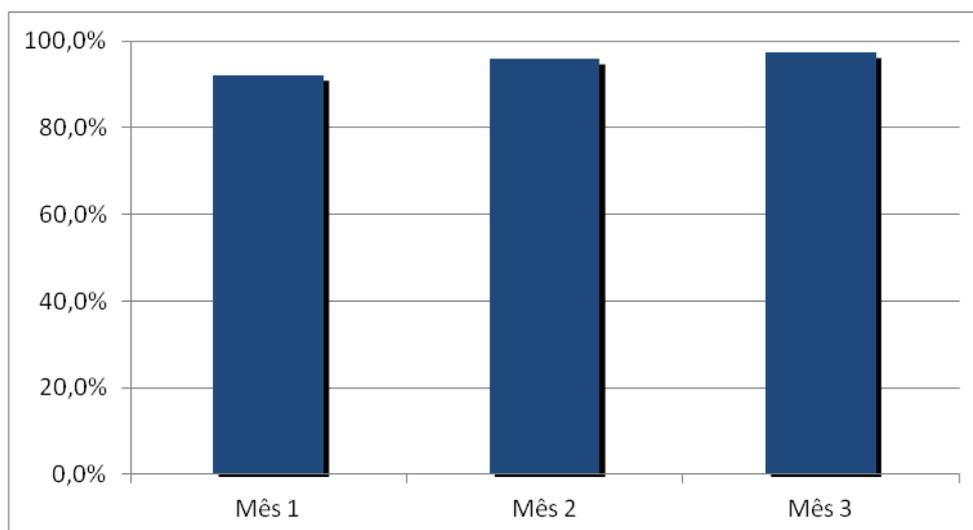


Figura 6: Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

A avaliação das pessoas idosas quanto a fragilização na velhice surgiu como mecanismo para indicar dependência do usuário e o risco a que ele está submetido a sofrer uma piora nessa classificação. Foi visto que algumas pessoas idosas, apesar de serem frequentemente assistidos pela UBS, sofriam com a deterioração deste indicador.

Algumas pessoas idosas acompanhadas antes da intervenção apresentavam aumento na fragilidade no momento da intervenção. Isto fez a equipe redobrar o cuidado nesse item com marcação de atendimentos em frequência mais acentuada.

Indicador 5.3: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

A equipe obteve auxílio de assistente social do NASF para suprir esse ponto em 100%. Conseguiu-se analisar a totalidade das pessoas idosas assistidas pela intervenção, com estudo da rede social, determinação de locais de vulnerabilidade e em risco.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física;

Meta: 100%. Resultado alcançado: 100%.

Indicador 6.3 Proporção de pessoas idosas com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Meta: 100%. Resultado alcançado: 78,4%.

Conseguiu-se orientar 100% dos idosos participantes do programa com relação à hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico regular. Além disso, foi feito grupo de multiplicadores de conhecimento. Nesse grupo, eram expostas orientações nutricionais e de exercício físico adequado a integrantes da comunidade que possuíam facilidade em difundir as informações. Eles foram utilizados como ferramenta em exposição da unidade e da ação programática de uma forma mais profunda na unidade.

Contudo, a orientação de cuidados de saúde bucal não atingiu a plenitude pela ausência do apoio da dentista da unidade no último mês da intervenção, como é visto na figura 7, contudo não possuíram piora dos valores graças ao apoio da técnica em saúde bucal, que promovia orientações básicas de higienização bucal para as pessoas idosas.

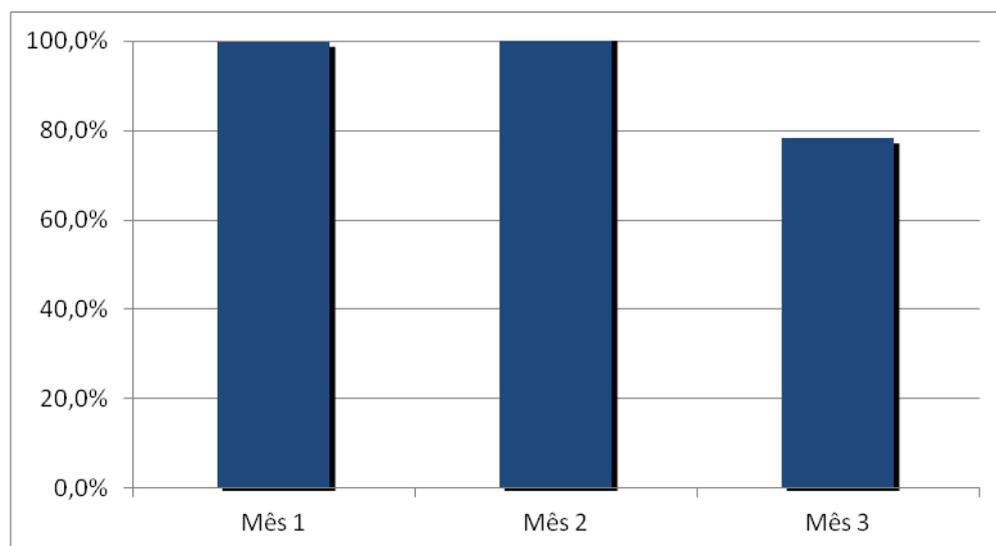


Figura 7: Proporção de pessoas idosas com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia;

Fonte: Planilha de coleta de dados, Barras, Rio Grande do Norte, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou a instalação e ampliação da atenção da pessoa idosa de uma forma voltada integralmente ao grupo das pessoas idosas, não as vendo em partes. Houve melhoria dos registros, atenção aos riscos de morbimortalidade e fragilidade, bem como orientação nutricional e de exercício físico adequado.

A intervenção conduziu a equipe a construir a visão do grupo das pessoas idosas como uma ação e não uma doença. Ela se empenhou em seguir recomendações do Ministério da Saúde, com relação ao manejo clínico, rastreamento, avaliação das morbidades, monitorização e orientação. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos agentes comunitários de saúde, enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem e recepção da unidade.

De certo modo, o projeto modificou a rotina da unidade de forma positiva, visto que era grande a demanda das pessoas idosas na unidade. A equipe começou a expandir algumas atividades realizadas na intervenção em outras atividades, como o registro individual das usuárias no puerpério, avaliação dos riscos de morbimortalidade aos hipertensos e diabéticos e orientação nutricional e de exercício físico aos usuários.

Antes da intervenção, a pessoa idosa era parte de atividades de doenças, como hipertensão ou diabetes. As pessoas idosas não participantes eram

acompanhadas por decisão própria. O registro e a ampliação do cuidado na ação foram cruciais no acompanhamento desse grupo social, pois pessoas idosas nunca antes vistas pela unidade começaram a ser acompanhadas, de forma integral. As avaliações de risco social e de morbimortalidade foram fundamentais ao focalizar o cuidado às pessoas idosas com altos índices.

A comunidade abraçou a intervenção e a aceitou plenamente, tendo seu impacto visto em algumas pessoas idosas que realizaram a visita de retorno após 3 meses. Eles estavam seguindo as recomendações expostas pelos profissionais, melhorando a avaliação subjetiva da saúde individual. A consulta marcada facilitou o acesso das pessoas idosas e abriu mais espaço na demanda espontânea, fato aclamado pela comunidade.

Apesar de ter sofrido a falta do apoio da dentista, por motivos pessoais, há como a prática da saúde bucal ser implementada, como foi visto no primeiro mês da intervenção. Nesse período, conseguiu-se absorver bom contingente de idosos do programa.

O ingurgitamento do sistema de marcação de consultas e exames complementares dificultou o estabelecimento de protocolo na sua totalidade. Este ponto foge à governabilidade da equipe, a qual usa da habilidade em trabalhar com o que lhe é disponível, apesar de escasso.

Alguns pontos da intervenção, como a aplicação das escalas de morbimortalidade, poderiam ser facilitados com uma melhor atenção ao aprendizado antes de ter começado a atividade. Outro ponto seria a adequação da busca ativa, para ser feita com mais regularidade, visto que tivemos microáreas com grande quantidade de faltosos.

De todo, a equipe é integrada e pretende-se incorporar o projeto na rotina do serviço, fato em que haverá a possibilidade de sanar essas dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, a equipe irá aumentar o trabalho de orientação e conscientização da comunidade em relação a necessidade de melhorar a atenção das pessoas idosas como um todo.

Haverá a sistematização da avaliação, bem como da indicação de acompanhamento especialista dos usuários de alto risco. Espera-se a presença do profissional dentista para melhorar a atenção dos indicadores de saúde bucal.

A equipe continuará a avaliar as pessoas idosas de acordo com sua microárea em sua plenitude, com realização de visitas domiciliares e buscas ativas rotineiras e agendadas, com o objetivo de possuir 100% dos idosos acompanhados pela unidade de forma integral. O projeto criou a possibilidade de implementá-lo em outros grupos, como adolescentes e crianças na UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na Unidade básica de Saúde Sede do município de Pureza/RN, cujo foco principal foi a melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Sede, Pureza-RN.

As metas da equipe constituíam-se da ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa, do melhoramento da qualidade da atenção à pessoa idoso na Unidade de Saúde, do melhoramento da adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa, do melhoramento do registro das informações, do mapeamento das pessoas idosas de risco da área de abrangência e da promoção à saúde das pessoas idosas.

Desses objetivos propostos, a equipe conseguiu realizar a maioria deles em 100%, ampliando a cobertura com atendimento de qualidade, fazendo atenção específica à saúde da pessoa idosa no consultório e nos domicílios. A unidade reservava um dia da semana, com consultas marcadas antecipadamente, para atender à demanda dessa ação programática.

A equipe, em associação com o NASF, realizou visita, cuidado e atenção a pessoas idosas em risco, prestando apoio intensivo a esse grupo menos favorecido, por meio de visitas domiciliares e busca ativa a pessoas idosas pouco vistas pelo sistema. Os integrantes produziam, também, promoção à saúde com palestras e explicações individuais, tanto na unidade quanto no domicílio.

Ao todo, 295 pessoas idosas foram assistidas no período da intervenção, completando 14,4% a mais da estimativa (240 pessoas idosas). Isso se deve a procura intensa das pessoas idosas pelos serviços da unidade, sendo realizados mais do que os 20 atendimentos preconizados semanalmente.

Apesar disso, nesse curso, objetivos como a melhoria da qualidade na assistência a saúde bucal, a ida a referências especialistas e a concretização dos exames complementares, apesar de solicitados, foram a grande deficiência no projeto. Acredita-se que os ingurgitamentos dos serviços descritos foram determinantes na má adequação a ação programática. Além do serviço de saúde bucal ser bastante ingurgitado, a equipe enfrentou grande dificuldade com o

profissional, o qual passou por diversos problemas de saúde nesse tempo, fato que apenas no primeiro mês da intervenção houve resposta do mesmo.

Outros dois pontos a serem citados, as palestras e conversas individuais, foram engrandecedores para os usuários, que em grande quantidade absorveram as informações passadas e colocaram em prática. A equipe começou a ver o sucesso dessa orientação no período final da intervenção, pois começavam a ser revistos alguns usuários do início da ação. Eles traziam um semblante de alegria e de realização de um desejo de muitos dos participantes: ter saúde. A avaliação subjetiva melhorou significativamente dos idosos que confirmavam a realização das orientações.

Houve, também, a formação de um grupo de chamados 'comunicadores', pessoas da própria comunidade com boa habilidade em difundir informação que eram orientadas quanto a alimentação ideal e hábito de fazer exercício físico regular. O importante nesse ponto é que não só o grupo de pessoas idosas ficava a par das informações, mas toda área de abrangência da UBS.

Em toda reunião da equipe havia a exposição dos dados registrados na planilha, com formação de discussões para melhoria e planejamentos futuros. Existia, também, discussões da realização de ações futuras, bem como estratégias para absorver os usuários relutantes em participar da atividade.

De modo geral, o projeto foi aclamado pela população, com boa aceitação das pessoas idosas. Contudo, a intervenção esbarrou em dilemas que fogem à governabilidade da equipe. Apesar dessas poucas ineficiências, a equipe vê como proveitosa a oportunidade em transformar positivamente a saúde local, expandindo a formação de sistemas organizados e efetivos, como feitos no trabalho, para outras ações programáticas da UBS. Por isso, todos os membros acataram com a fixação dessa atividade na rotina da UBS, após essa intervenção breve.

4.4 Relatório da intervenção à comunidade

O presente relatório tem como finalidade descrever o trabalho que foi realizado na Unidade Básica de Saúde Sede do município de Pureza/RN, cujo foco principal foi a melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas aos usuários adstritos nessa unidade.

Antes da intervenção, tínhamos cerca de 380 pessoas idosas no programa e conduzíamos esses usuários não como pessoas idosas, mas como partes de outros programas, a exemplo o HIPERDIA. Mas aqui só eram vistos aqueles que apresentavam diabetes e pressão alta. E o restante?

Tendo isso em vista, as metas da equipe focaram na a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa em 60%, no melhoramento da qualidade da atenção a Pessoa idosa na Unidade de Saúde, no melhoramento da adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa, no melhoramento do registro das informações, no mapeamento das pessoas idosas de risco da área de abrangência e na promoção a saúde das pessoas idosas.

Desses objetivos propostos, a equipe conseguiu realizar a maioria deles, ampliando a cobertura com atendimento de qualidade, fazendo atenção específica à saúde da pessoa idosa no consultório e nas casas.

Ao todo, 295 pessoas idosas foram assistidas no período da intervenção, completando 14,4% a mais da estimativa (240 pessoas idosas).

A equipe, junto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizou visita, cuidado e atenção às pessoas idosas com a saúde em risco, prestando apoio intensivo a esse grupo menos favorecido, com visitas na casa do idoso e indo atrás das pessoas idosas que faltavam às consultas na unidade. O pessoal da unidade produzia, também, palestras e explicações individuais, tanto na unidade quanto no domicílio para ajudar na melhoria da saúde.

Apesar disso, no curso de especialização em Saúde da Família, oferecida pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel/RS) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), os objetivos, como, por exemplo, a visita ao dentista, a ida para os especialistas e os exames complementares, apesar de pedidos pela equipe, eram dificilmente feitos, sendo a grande deficiência no projeto. Dessas deficiências, acredita-se que por causa das filas enormes, os serviços descritos não funcionavam na saúde da pessoa idosa.

Outros dois pontos a serem citados, as palestras e conversas individuais, foram muito boas para os usuários, que em grande quantidade absorveram as informações passadas e colocaram em prática. A equipe começou a ver o sucesso dessa orientação no período final da intervenção, pois começavam a ser revistos alguns de vocês que participaram do início da ação, trazendo alegria no rosto e a realização de um desejo de muitos dos participantes: ter saúde.

Outro fator importante foi a participação intensa de vocês nos grupos de multiplicadores e das palestras, que foram fortes impulsionadores da informação da ação à comunidade toda, bem como seu funcionamento.

De modo geral, o projeto recebeu boa aceitação por vocês. Com isso, a equipe gostou muito da oportunidade em transformar positivamente a saúde local. Por isso, todos os membros dessa equipe aceitaram continuar com essa atividade na rotina da UBS, após a realização dessa intervenção.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

A intervenção gerou grandes dúvidas, logo no princípio, quanto à sua eficácia. Tendo em vista o funcionamento da unidade e do costume da população, a mudança da forma de abordagem e do sistema de atividades tinha o aspecto de ser muito trabalhoso e difícil de ser consolidado. Em conjunto com esses fatores, a experiência dos membros da equipe expôs que ações implementadas só iriam ter retorno dos usuários se existisse dinheiro ou comida envolvidos.

Ações antes realizadas sem retorno material eram prontamente desencorajadas e descontinuadas pelos membros. Contudo, em conversas com a equipe, acordamos em consolidar o projeto de intervenção do curso de especialização, sem planos em continuá-lo.

Um fator não previsto pela equipe foi exatamente a boa aceitação da população quanto à abordagem à saúde da pessoa idosa. Os usuários apoiaram prontamente e exponencialmente a ação programática ser instalada. Isso estimulou em muito aos profissionais da equipe em aperfeiçoarem e consolidarem a intervenção no cotidiano da unidade.

Esse desafio foi engrandecedor para equipe como um todo, pois vencemos limites internos que impediam o crescimento acadêmico da UBS. Com essa quebra, implementamos rotina de aprendizado em nossas reuniões, com discussões positivas sobre a atuação da saúde primária nos idosos da localidade.

O conhecimento da vivência da população também foi algo construtor para o conhecimento da equipe. Muitos que trabalhavam há muito tempo na área da unidade ficaram espantados com a alta aceitação do projeto.

Aliado a esse ponto, o conhecimento aprofundado da estrutura e da filosofia do nosso Sistema Único de Saúde propiciado pelo curso de especialização foram fundamentais nessa construção de conhecimento, do cuidado e, acima de tudo, na melhoria da saúde da população.

Vale citar que para mim, a experiência em trabalho em equipe foi empolgante e construtora, pois vi, na prática, que o trabalho fica mais fluido com a união e que cada um tem sua função, sendo determinantes no trabalho eficaz para a

comunidade. Além disso, notei a possibilidade da concretização de ensinamentos e novos paradigmas da escola médica, algumas vezes repletos de preconceitos pela visão ainda encharcada de conceitos flexnerianos.

Como fim, posso dizer-me realizado em ter esses quesitos vistos em prática e da possibilidade de expandi-los na unidade em que atuo.

Bibliografia

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, bimestral, v.4, n. 017, São Paulo, Brasil, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 12, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília - DF, 2006.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** vol.19 n.3 Rio de Janeiro Maio. 2003.

Anexo III - Planilha de Coleta de dados

FB_S8_U2_PCD_Marcio_27072014 [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

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

Calibri 11 | Geral | \$ % 000 | Formatação Condicional | Inserir | Excluir | Formatar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Transferên... | Fonte | Alinhamento | Número | Estilo | Células | 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									

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

Pronto | 70% | 20:18 | 06/10/2014

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 Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL