

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da
Família Walter Gomes Portela, Caroebe/RR**

Yeniel Barreto Castro

Pelotas, 2015.

Yeniél Barreto Castro

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na USF Walter Gomes
Portela, Caroebe/RR**

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

Orientadora: Ms. Ingrid D'avilla Freire Pereira

Pelotas, 2015.

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

C355m Castro, Yaniel Barreto

Melhoria da Atenção à Saúde de Pessoas Idosas na USF Walter Gomes Portela, Caroebe/RR / Yaniel Barreto Castro; Ingrid D'avilla Freire Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Pereira, Ingrid D'avilla Freire, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste projeto de intervenção, por todo incentivo e ajuda para que ele se concretizasse.

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, especialmente:

À minha equipe de saúde pelo companheirismo, disponibilidade e papel fundamental para a elaboração deste trabalho.

À minha orientadora Ingrid D'avilla Freire Pereira, pelo apoio em todo momento, pelas suas correções e incentivos.

À minha família que sempre me apoiou à distância, com amor e força diante das dificuldades.

À minha esposa, heroína, que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Resumo

BARRETO CASTRO, YENIEL. **Melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela, Caroebe/RR.** Ano 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

Para que mais pessoas alcancem o envelhecimento com melhor qualidade de vida a Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental, especialmente no que se refere a uma atenção contínua, integral e de qualidade à pessoa idosa. As especificidades deste ciclo de vida – tais como os transtornos na comunicação pela diminuição das capacidades sensório-perceptivas, aumento de necessidades pessoais e sociais demandam acompanhamento diferenciado. A Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela, Caroebe, Roraima, lida com este desafio. Antes da intervenção, a unidade de saúde não fazia o acompanhamento a este público de forma organizada e sistematizada. Priorizava-se o atendimento aos hipertensos e diabéticos da área. Neste contexto, o trabalho relata a experiência de uma intervenção para melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde, bem como os resultados desta intervenção. As ações deste projeto foram estruturadas em quatro eixos, quais sejam: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As atividades foram realizadas por todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. Durante um período de dezesseis semanas. A partir da intervenção foi possível: ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, a adesão dos idosos às consultas programadas, o registro das informações sobre a atenção ao idoso na Unidade de Saúde utilizando ferramentas como planinha de coleta de dados e fichas-espelhos, mapear os riscos dos idosos e promover a saúde dos idosos na área de abrangência da Unidade de Saúde. Assim, cumpriram-se objetivos e metas propostos, tais como o alcance de 100% da população idosa da área cadastrada e avaliada (155) através da busca ativa dos agentes comunitários nas microareas e visitas domiciliares. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações através do protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006). Além destes aspectos foi possível melhorar o processo de trabalho em equipe a partir da valorização da reunião de equipe, educação permanente e valorização das visitas domiciliares que já eram realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Além disso, os usuários demonstram satisfação com o programa e foi possível contar uma boa aceitação pela população. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço como continuidade desta ação programática no dia a dia de trabalho.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela, Entre Rios, Caroebe, Roraima.	10
Figura 2	Quadro indicativo do perfil demográfico da população da Unidade de Saúde da Família Walter Gomes.	18
Figura 3	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	55
Figura 4	Fotografia: Atendimento clínico em consulta planejada.	56
Figura 5	Fotografia: Transporte de apoio para visitas domiciliares.	60
Figura 6	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária com dificuldade de locomoção.	61
Figura 7	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária com deficiência visual e dificuldade de locomoção.	62
Figura 8	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária com dificuldade de locomoção e doença cardíaca.	63
Figura 9	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária acamada, com fratura de quadril direito.	64
Figura 10	Fotografia: Rastreamento para DM a paciente idosa com HAS.	66
Figura 11	Fotografia: Agentes de saúde analisando os arquivos específicos dos idosos.	68
Figura 12	Fotografia: Atendimento clínico a usuário idoso em consulta agendada, com avaliação da fragilização da velhice.	70
Figura 13	Fotografia: Atividade educativa com grupo de idosos.	72
Figura 14	Fotografia: Atividade com grupo de idosos, prática de alimentação saudável.	73
Figura 15	Fotografia: Atendimento clínico em consulta agendada a idosa com entrega de caderneta.	76
Figura 16	Fotografia: Atividade com grupo de idosos e palestra na USF.	77
Figura 17	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar a usuário acamado com disfunção motora.	78
Figura 18	Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar a usuário acamado com disfunção motora.	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS-	Agente Comunitário da Saúde
APS-	Atenção Primária da Saúde
CEO-	Centro de Especialidade Odontológica
DM-	Diabetes Mellitus
DST-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF-	Estratégia Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBsAg-	Antígeno de superfície da hepatitis B
HIV-	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IMC-	Índice de Massa Corporal
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSA-	Antígeno Prostático Especifico
RR-	Roraima
RN-	Recém Nascido
SUS-	Sistema Único de Saúde
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
USF-	Unidade de Saúde da Família
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas
VDRL-	Venereal Disease Research Laboratory

Sumário

Apresentação.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão.....	74
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências.....	89
Anexos.....	91

Apresentação

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem um envelhecimento ativo e saudável. Dentro dessa perspectiva, apresento o trabalho de conclusão de curso- Melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela. O trabalho teve como objetivo apresentar a realidade da Unidade de Saúde, construir um projeto para a melhoria das ações de saúde da pessoa idosa (pessoas de 60 anos ou mais) residentes na área de abrangência da Unidade, bem como analisar os resultados alcançados por este projeto.

A Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela está localizada no município Caroebe, no estado de Roraima, em uma vila chamada Entre Rios, a 35 km do município e com população concentrada no campo.

No primeiro capítulo apresento impressões iniciais sobre a Unidade de Saúde da Família Walter Gómez Portela, o relatório da análise situacional que descreve a realidade da Unidade a partir de elementos teóricos que foram apresentados ao longo do curso e um comentário comparativo entre impressões iniciais e o relatório da análise situacional.

Na segunda parte descrevo a análise estratégica, que contempla a justificativa para a escolha do foco de intervenção, os objetivos (geral e específicos), as metas propostas e a metodologia para seu desenvolvimento que inclui ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Além disso, descrevo também os indicadores necessários para avaliar a intervenção, a logística adequada para a realização das atividades e o cronograma do projeto.

O terceiro capítulo contempla o relatório da intervenção que aborda as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e não desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina.

O quarto capítulo apresenta a avaliação da intervenção com os resultados obtidos, além da discussão que avalia o significado dos resultados obtidos para a comunidade e para o serviço.

Ao final do volume apresento um relatório para os gestores mostrando a qualificação da atenção à saúde resultante da intervenção, o relatório para a comunidade enfatizando o que a comunidade ganhou com a intervenção, uma reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem, onde abordamos as experiências e significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes que decorrem do curso.

1. Análise Situacional

Na análise situacional irei descrever minhas impressões iniciais sobre a Unidade de Saúde da Família Walter Gómez Portela, além do relatório da análise situacional que descreve a realidade da Unidade a partir de elementos teóricos que foram apresentados ao longo do curso. Por fim, realizo um comentário comparativo entre as minhas impressões iniciais e o relatório da análise situacional.



Figura 1-Fotografia: Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela, Entre Rios, Caroebe, Roraima.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atuo na equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Walter Gómez Portela, que está localizada no município Caroebe, no estado de Roraima, em uma vila chamada Entre Rios, a 35 km do município e com população concentrada na zona rural.

Existem dificuldades na estrutura física da Unidade, nas condições de vida da população, bem como na gestão e organização da rede. Entre Rios possui apenas uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por dois médicos do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista e 7 Agentes Comunitários de Saúde (em processo de contratação, o que dificulta o desenvolvimento do trabalho).

Temos uma excelente relação de trabalho em nosso dia a dia, o que contribui para uma atenção à saúde individual e coletiva de boa qualidade. Neste momento a unidade onde trabalhamos não é a ideal, pois há uma nova unidade em construção. Com isso, os atendimentos são realizados em uma unidade com estrutura inadequada e conta com dois consultórios médicos, um deles compartilhado com o laboratório de microscopista onde são realizados os testes de malária e leishmaniose. Além destes, temos também um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, sala de vacinas e farmácia junto com direção e sala de procedimentos.

A realidade deste município é muito difícil. Os encaminhamentos para as consultas especializadas são realizados para a capital do estado, que fica a 5 ou 6 horas de distância. Não temos suporte para realização de alguns exames como aparelho de RX e aparelho de eletrocardiograma. Temos apenas um laboratório básico em uma unidade de pronto atendimento, mas este laboratório não supre as necessidades da população. Ainda não foi implantado e-SUS.

Considerando que é um município pobre e desigual, a falta de recursos para o desenvolvimento limita as possibilidades de melhoria na qualidade de vida da população.

Com a chegada do Programa Mais Médicos em nosso município, a atenção à saúde na minha UBS começou a estruturar ações programáticas como a saúde da criança com acompanhamento através de puericultura e

acompanhamento às gestantes com consultas e visitas domiciliares. A realização de atividades educativas e o incentivo a realização de mudanças no estilo de vida também são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas. Temos apoio da secretária de saúde do município para que possamos construir juntas estratégias que amenizem o sofrimento e melhorem a saúde da população.

Ainda não tem sido possível oferecer serviço de ultrassonografia, teste de toxoplasmose gratuito para as grávidas, há dificuldades no transporte e nos encaminhamentos para acompanhamento das grávidas, além de não ter a unidade de pronto atendimento com instalações adequadas para a realização do parto.

Apesar das dificuldades, realizamos o possível para garantir uma atenção pré-natal satisfatória na UBS. Toda terça-feira realizo com a enfermeira a captação, preenchimento do cartão da gestante ou prontuário, teste rápido de sorologia para sífilis, HIV, HBsAg e outros exames complementares. Além disso, realizamos a avaliação do risco gestacional, acompanhamento das consultas (mensais até 28 semanas, quinzenais até 36, semanas e diárias até 40/41 semanas), além de visitas domiciliares. O pré-natal só se encerra com a consulta puerperal até 42 dias de puerpério. Garantimos também avaliação de saúde bucal e vacinação de rotina para gestante.

O acompanhamento das crianças através de puericulturas é diário e acontece de segunda a quinta-feira, com calendário mínimo de consultas na primeira semana, 30 dias, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses da criança, além de acompanhamento subsequente até 12 anos de idade, com preenchimento do cartão da criança e prontuário, identificação do recém nascido (RN) de risco, avaliação do calendário de vacinação, medidas antropométricas com avaliação de crescimento (peso, estatura, perímetro cefálico, IMC) e desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Devido à distância entre nosso município e os hospitais e a maternidade que ficam em outros municípios, muitas mães retardam o retorno para sua casa, o que dificulta a realização da primeira consulta na primeira semana do recém-nascido. Apesar disso, estamos trabalhando em equipe para aumentar a cobertura da assistência para consultas de puericultura, de mães com seus filhos e atividades educativas sobre alimentação saudável da criança, aleitamento

materno exclusivo, benefícios da amamentação, prevenção de obesidade e acidente em criança.

Em minha USF também realizamos todas as segundas a realização da coleta do material para exame citopatológico de todas as mulheres agendadas previamente e de acordo com a faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esta ação é realizada pela enfermeira da unidade.

Ainda temos que aumentar a realização de atividades educativas (em escolas, nas visitas domiciliares e durante as consultas) em especial sobre a prevenção da gravidez indesejada, do HIV, da sífilis e demais DST; bem como a educação em saúde das mulheres para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama e colo do útero.

Trabalhamos 8 horas diárias. Até agora temos uma boa aceitação da população, que demonstra satisfação com nosso trabalho. Tenho como objetivo principal realizar uma atenção à saúde de qualidade à nossa população. Pois, além disso, tudo é muito importante dar amor, carinho e segurança para os usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Caroebe fica localizado no interior do estado Roraima e tem uma população aproximadamente de 8 mil habitantes. O município possui duas unidades de saúde para realização da atenção básica, uma na sede do município e outra numa vila chamada Entre Rios, que fica a 35 km do município. Temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) só composto por psicólogo e uma fisioterapeuta e não temos disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

Na sede do município existe uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mista com pronto atendimento. Esta Unidade possui estrutura reduzida e condições restritas para a realização do trabalho. O laboratório que está nesta Unidade não supre as demandas da população em geral e não há disponibilidade de exames como: hemoglobina glicosilada, PSA, urocultura e microalbuminúria.

Os exames disponíveis são: hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, colesterol total, triglicerídeos, contagem de plaquetas, grupo sanguíneo, fator RH, aspartato aminotransferase (AST-GO), alanina aminotransferase (HLGP), urina, fezes, baciloscopia (tuberculose), teste de gravidez, entre outros. Além disso, outros exames complementares, como: colonoscopia, colposcopia, ecocardiograma, endoscopia, mamografia, espirometria, tomografia computadorizada e ultrassonografias são realizados só na capital do estado.

Temos referência para atenção especializada na capital do estado pela central de agendamento através da USF, porém estes encaminhamentos costumam ser agendados de forma demorada e com muitas dificuldades.

Atuo como médico pelo Projeto Mais Médicos desde fevereiro do 2014 na Unidade de Saúde da Família Walter Gómez Portela, localizada na vila Entre Rios, com população concentrada na zona rural. Esta Unidade atua a partir do modelo e das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

É composta por uma equipe de Saúde da Família que tem um médico do Projeto Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e sete Agentes Comunitários de Saúde. Trabalhamos 8 horas diárias. O trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) começou no mês de agosto de 2014 com o cadastramento das famílias e indivíduos da população para atualizar os dados demográficos e de condições de saúde para que tenhamos um melhor desenvolvimento das atividades e ações programáticas. Temos, atualmente, implantado o e-SUS.

Neste momento, a estrutura da Unidade está em reforma e os atendimentos são em uma unidade com estrutura inadequada sem salas de armazenamento de resíduos, administração e gerência, almoxarifado, escovódromo, recepção, esterilização, nebulização, lavagem e descontaminação de material, reuniões e educação em saúde, que poderiam ser utilizadas pelos ACS. Os materiais de revestimentos das paredes não são laváveis e não temos sala para guardar os arquivos de prontuário com segurança e sigilo, ficam em armário compartilhado na sala de espera, mas são arquivados por família. Os mobiliários, equipamentos e instrumentais têm baixa qualidade.

A Unidade de Saúde possui um consultório odontológico, mas tem dificuldades de atendimentos por falta de recursos como materiais e insumos para

o trabalho. Temos conexão com internet de baixa qualidade e apenas computador. Não temos: prontuário eletrônico, câmera fotográfica, câmera filmadora, caixa de som e gravador de som. Temos baixa disponibilidade de medicamentos.

O laboratório de microscopista onde são realizados os testes de malária e leishmaniose e coleta de material para análises clínicas todas as segundas-feiras, ainda assim esta coleta não responde as necessidades e demandas da população que são levadas para um laboratório básico na sede do município. Esta realidade dificulta o desenvolvimento do trabalho e uma melhor atenção à saúde da população. Apesar das dificuldades, realizamos o possível para uma atenção à população satisfatória na UBS.

Temos muitas limitações e necessidades identificadas que não dependem diretamente dos profissionais, como a falta de recursos, equipamento, instrumental, medicamentos, materiais e insumos necessários para o desenvolvimento das ações na UBS. Porém, todas estas informações já foram repassadas para a prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde para juntos construir estratégias que melhorem a saúde da população.

Com relação às atribuições da equipe: em nossa USF os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (agentes comunitários de saúde); identificação de problemas de saúde tais como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose e Hanseníase (medico, enfermeira, técnica de enfermagem).

A enfermeira realiza consulta de atenção à demanda espontânea e programa prioritário, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, aos indivíduos e famílias cadastradas na equipe. Além de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.

A técnica de enfermagem realiza o acolhimento com escuta inicial e qualificação de risco dos usuários para atendimento geral, visitas domiciliares conjunto médico ou enfermeira, participa das atividades de educação permanente.

O médico realiza consultas clínicas, atenção à demanda espontânea e ações programáticas prioritárias, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), encaminha, quando necessário, usuários a outros serviços, indica a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, contribui, realiza e participa das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe.

Os agentes comunitários de saúde trabalham por microáreas com adscrição de famílias, cadastram todas as pessoas de sua microárea e mantêm os cadastros atualizados, acompanham, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade sempre programadas em conjunto com a equipe, orientam as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis, manter interação entre população e a equipe de saúde, desenvolvem atividades em geral de promoção e prevenção de saúde.

A Cirurgiã-Dentista realiza a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe de atenção à demanda espontânea e programada a grupos prioritários.

A Auxiliar em Saúde Bucal realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde, executa limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, realiza o acolhimento do usuário nos serviços de saúde bucal, acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família.

Devemos manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, mas temos como realidade que apenas 90% da população total está cadastradas na USF até agora.

A USF oferece à população três turnos de atendimento, manhã e tarde com atendimento da equipe de saúde da família e à noite um técnico de enfermagem junto a um motorista de plantão para atendimento e remoção para unidade de

pronto atendimento do município a 35 km de nossa USF mediante urgência ou emergência da população.

Realizamos o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e escolas. Além disso, realizamos busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes na USF e visita domiciliar pelos ACS.

Em nossa USF são realizados atendimentos de urgências / emergência no âmbito da Atenção Básica. Quando necessário algum profissional da equipe acompanha o usuário até a unidade de pronto atendimento que pode encaminhar para internação hospitalar na capital do estado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Porém, é muito difícil responsabilizar-se pela população adstrita quando esta necessita de atenção em outros níveis de atenção do sistema de saúde e há fragilidades na estruturação da rede.

Além destas atividades, realizamos ainda notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis e atividades de grupo na UBS. Por outro lado, precisamos melhorar a qualidade e aumentar a participação dos usuários nos grupos: adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, grávidas, lactantes, puérperas, saúde da mulher, entre outros.

As reuniões de equipe têm periodicidade mensal, e têm o objetivo de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis. Outro limite importante é o fato dos profissionais não participarem do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Este foi um tema discutido com a gestão municipal já que atualmente os insumos e medicamentos não são suficientes mediante as demandas e necessidades.

Em relação à população da área adstrita: temos uma população de 2000 habitantes na área. A equipe é suficiente conforme modalidade das equipes por parâmetro da Política Nacional da Atenção Básica.

FAIXA ETÁRIA	M	F	TOTAL
(-) 1 Ano	16	24	40
1-4 Anos	85	74	159
5-14 Anos	195	203	398
15-59 Anos	647	601	1248
60 Anos ou (+)	88	67	155
TOTAL	1031	969	2000

Figura 2-Quadro indicativo do perfil demográfico da população da Unidade de Saúde da Família Walter Gomes.

Fonte: Registros (fichas de cadastramento individual e familiar- FICHA A) e prontuários médicos.

Temos uma população total de 2000 habitantes com predomínio do sexo masculino com 1031 e 969 mulheres. Com distribuição da faixa etária por ordem com: 40 menores de 1ano (16 do gênero masculino e 24 feminino), 159 crianças de 1 a 4 anos(85 masculinos e 74 feminino), 398 de 5 a 14 anos (195 masculino e 203 feminino), 1248 pessoas de 15 a 59 anos (647 do gênero masculino e 601 feminino) e 155 pessoas de 60 anos ou mais (88 masculino e 67 feminino) .

Em relação à atenção à demanda espontânea: existe excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimentos com o médico, pois a Unidade é a única referência para atendimento, uma vez que a unidade de pronto atendimento fica a 35 km de distância, na sede do município. Trabalhamos a partir do acolhimento com classificação de risco em conjunto com enfermagem, orientando e organizando a demanda para a realização dos testes de malária, lâmina de leishmaniose, medicação mediante febre, vômitos ou pressão arterial alta, prioridades dos usuários aos serviços existentes e avaliação geral e integral em consulta médica.

Não temos sala de acolhimento para o usuário. Mas temos identificados todos os serviços da UBS em conjunto com os profissionais atuantes e informação com respostas a todas as demandas da população.

No que se refere às limitações e melhorias no trabalho em equipe, destaco que podemos ampliar as atividades de promoção e prevenção da saúde, identificação de fatores de riscos na comunidade em conjunto com os ACS para evitar muitas doenças e ter uma população mais saudável e orientada.

Com a chegada do Projeto Mais Médicos em nosso município, a atenção à saúde na unidade começou a estruturar ações programáticas. Em relação à **saúde da criança** (de 0 a 72 meses de idade), temos uma população alvo de 157, com cobertura de atendimento de 90% na UBS (142 crianças).

Realizamos a puericultura diariamente, de segunda a sexta-feira, com calendário mínimo de consultas com equipes de saúde da família na primeira semana, 30 dias, 2, 4, 6, 9,12 meses da criança, até 12 anos de idade, preenchimento do cartão da criança ou prontuário, identificação do RN de risco, com calendário da vacinação em dia, medidas antropométrica com avaliação de crescimento (peso, estatura, perímetro cefálico, IMC), e desenvolvimento neuropsicomotor da criança, visitas puerperal (para avaliação de saúde da mães, como foi o parto, o retorno para casa, relação mãe e bebe e com outros familiares, verificar teste do pezinho, só se fazem nos hospitais).

Estamos trabalhando em equipe para aumentar mais a assistência para consultas de puericultura e realizar atividades educativas com o grupo de crianças sobre alimentação saudável na infância, aleitamento materno exclusivo, benefícios da amamentação, prevenção de obesidade e de acidentes com as crianças. Temos que conseguir junto com os agentes comunitários de saúde (ACS) fazer mais visitas as crianças com atraso das consultas agendadas e o cadastramento total de criança residentes na área de cobertura da UBS e fazer um acompanhamento delas em consulta de puericulturas.

Em minha USF em conjunto com equipe de saúde temos como estratégia avaliar o cronograma de realização das consultas de puericultura sempre que as mães levam as crianças para vacinar. Temos para a atenção de saúde da criança em nosso serviço protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Brasília, 2012), temos também um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações.

No que se refere à atenção ao **pré-natal** temos 30 gestantes na área de abrangência da unidade e todas atendidas e cadastradas pelo programa, onde toda terça-feira realizamos com a enfermeira a captação, preenchimento do

cartão da gestante ou prontuário, teste rápido de sorologia para sífilis, HIV, HBsAg e outros exames complementares. Além disso, fazemos a avaliação do risco gestacional, acompanhamento com consultas (mensais até 28 semanas, quinzenais até 36, semanas e diárias até 40/41 semanas).

Além destas ações, realizamos também visitas domiciliares, avaliação de saúde bucal, vacinação de rotina para gestante. O Pré-natal só se encerra com a consulta puerperal até 42 dias de Puerpério. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da USF com a próxima consulta programada agendada e se conversa em atividades de grupo sobre: alimentação saudável, curva de ganho de peso, vacinas, saúde bucal na gravidez, práticas de promoção aleitamento materno exclusivo, cuidados do recém-nascido, riscos do tabagismo ou álcool e das drogas na gravidez, a anticoncepção no pós-parto e Puerpério.

Devemos melhorar oferecer acompanhamento e avaliação de qualidade das patologias associadas com a gravidez, com exames laboratoriais adequados nas consultas. Temos dificuldades com relação a este aspecto por ter um laboratório básico que não supre as necessidades, além disso, as consultas para gestação de alto risco que demandam serviço especializado só podem ser realizadas na capital, local onde nem sempre as gestantes conseguem chegar.

Ainda não tem sido possível oferecer serviço de ultrassonografia, teste de toxoplasmose gratuito para as grávidas, além disso, a unidade de pronto atendimento não possui instalações adequadas para a realização do parto. Devido à distância entre nosso município e os hospitais e a maternidade, muitas mães retardam o retorno para sua casa, o que dificulta a realização da primeira consulta na primeira semana do recém-nascido e Puerpério. No que se refere à atenção de saúde da gestante em nosso serviço utilizamos protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco, Brasília, 2012), um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações.

Os elevados índice de incidência e mortalidade por **câncer do colo do útero e da mama** no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção a saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero temos aproximadamente 50% de cobertura de prevenção do câncer de colo de útero,

com 215 mulheres entre 25 a 64 anos acompanhadas na USF, para um número estimado 426 mulheres entre 25 a 64 anos residentes na área e 65% de cobertura de controle do Câncer de Mama, com 60 mulheres entre 50 a 69 anos acompanhadas na USF, para um número estimado de 92 mulheres entre 50 a 69 anos residentes na área.

Todas as segundas-feiras se fazem a realização da coleta do material para exame citopatológico de todas as mulheres agendadas previamente e de acordo com a faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esta ação é realizada pela enfermeira da unidade. As amostras são levadas para o capital do estado e resultados finais costumam demorar muito para chegar, o que dificulta o desenvolvimento do programa, a atenção da saúde das mulheres e impede o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Por este motivo, muitas mulheres realizam atenção na capital por conta própria, sem procurar a USF, onde fazemos o preventivo e os encaminhamentos para o ginecologista.

Temos que aumentar as ações de educação da mulher para realização periódica dos preventivos, conseguir junto com os agentes comunitários de saúde fazer mais visitas às mulheres com atraso do exame citopatológico e o cadastramento total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura da USF para garantir, desta forma, o rastreamento do câncer de colo uterino organizado na USF.

Nos últimos 3 anos foram identificadas 32 mulheres com exame citopatológico alterado (24 com lesão de baixo grau e 8 de alto grau), todas acompanhadas de acordo com o protocolo. Ainda temos que aumentar as atividades de grupo com mulheres no âmbito da USF e as escolas com ações de prevenção de saúde, são uma estratégia para reforçar sinais e sintomas de alerta na detecção precoce desta doença, como: o controle do tabagismo e uso de preservativos durante a relação sexual, que protege do contágio pelo HPV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Para a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e mamas temos protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mamas, Brasília, 2013), um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações. Além disso, temos que aumentar as ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer

de mama e de rastreamento do câncer de mama (exame Clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia).

Outro aspecto relevante é a ampliação da cobertura de mamografia em recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos e com risco elevado de câncer de mama e realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual por médicos e enfermeiras da ESF. Estamos trabalhando mais em consultas e atividades de grupo na educação das mulheres para a realização do autoexame de mama mensalmente. Também devemos melhorar as visitas domiciliares às mulheres com atraso de mamografia e o cadastramento total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de cobertura da USF pelos ACS.

Todas as consultas especializadas e mamografia, ultrassonografia de mamas são realizadas na capital do estado o que dificulta muitas vezes a realização desta pela população de mulheres em programa de atenção e prevenção do câncer de mamas. Atualmente temos como dificuldades os registros (são registrados os atendimentos às mulheres que realizam mamografia em prontuário clínico) e não temos livro de registro.

Em relação à atenção aos **hipertensos e diabéticos**: em minha USF realizamos atendimentos de adultos com HAS ou DM. Temos 89% de avaliação de cobertura de HAS, com 317 hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados na USF, para um número estimado de 356 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 80% de avaliação de cobertura de DM, com 82 diabéticos com 20 anos ou mais acompanhadas na USF, para um número estimado de 102 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Após a consulta, o adulto sai da USF com a próxima consulta programada e com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e o escore de Framingham.

Não temos suporte de meios diagnósticos como aparelho de Rx, aparelho de eletrocardiogramas. Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vai a nossa USF para consulta e se não houver registro de verificação da PA nos últimos dois anos é verificada e registrada. Alimentação adequada, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que são adequadamente abordados e controlados em consultas e em atividades educativas com os grupos de hipertensos.

Foi possível melhorar também o desenvolvimento e os acompanhamentos das ações programáticas prioritárias, com o objetivo de garantir uma atenção integral.

Temos que conseguir junto com os ACS fazer as visitas aos hipertensos com atraso das consultas agendadas e o cadastramento total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da USF e fazer um acompanhamento delas em consulta de HAS.

Também, realizamos atendimentos de adultos portadores de DM todos os dias da semana e em todos os turnos. Estamos melhorando as consultas de rastreamento que tem como objetivo: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC, cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico), tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen, membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

Temos que conseguir junto com os agentes comunitários de saúde (ACS) fazer mais visita às pessoas com diabetes com atraso das consultas agendadas e o cadastramento total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da USF e fazer um acompanhamento delas em consulta de DM. Temos para a atenção de HAS e DM em nosso serviço protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas Hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus, Brasília, 2013), um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações.

A longevidade é sim devido a uma conquista. Para que mais pessoas alcancem as idades avançadas e com a melhor qualidade de vida possível a equipe de saúde tem um papel fundamental garantindo uma atenção continuada à pessoa idosa alcançando mudanças de hábitos e o uso certo de medicamentos.

Em relação à **saúde dos idosos**: em minha USF realizamos atendimentos de idosos todos os dias da semana e em todos os turnos. Temos 114 pessoas

com 60 anos ou mais são acompanhadas na USF, o que corresponde a 73,5% de cobertura de saúde da pessoa idosa (155 idosos na área de abrangência).

Após a consulta os idosos não têm na USF um agendamento e registro específico para planejamento adequado da próxima consulta programada. Temos falta das cadernetas de saúde dos idosos em cada consulta para ir avaliando mudanças e tomar conduta mais rapidamente e ter um melhor conhecimento da atenção a pacientes idosos, com classificação no desempenho de suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e independência ou dependência para desenvolver estas atividades.

Além disso, temos dificuldades com a disponibilidade da caderneta, é insuficiente, mas já falamos sobre isso com a gestão municipal. Temos uma faixa etária de população idosa que aumenta o topo da pirâmide populacional, já que acompanha o fenômeno mundial de envelhecimento populacional e assim como a expectativa de vida aqui no Brasil.

Ainda precisamos de mudanças nos estilos de vida na população idosa, garantir o acompanhamento dos idosos acamados, idosos com problemas de saúde e problemas sociais, além de todas as necessidades da população idosa em nossa área de saúde. Temos que realizar em conjunto com os agentes comunitários de saúde mais visitas domiciliares, já que é um momento único para estabelecer junto aos familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa.

Temos que aumentar as atividades educativas com os grupos de idosos, oferecendo orientações sobre: Alimentação Saudável para Pessoas Idosas, Prática Corporal/Atividade Física, Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas, com realização de atenção integral às pessoas idosas, Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos e controle das doenças crônicas. Para atendimento a este grupo populacional no nosso serviço, utilizamos protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006.), onde temos que melhorar no monitoramento e realização regular destas ações, mas não temos arquivo específico nem registros do atendimento dos idosos.

De modo geral, considero que é preciso investir mais nas mudanças nos estilos de vida e aumentar a qualidade de vida da população. Dificuldades da estrutura física, de acesso da população que reside na área rural aos serviços, de

gestão e organização da rede são os maiores desafios que nossa Unidade de Saúde da Família (USF) apresenta.

Em função da própria aplicação dos questionários acontecerem mudanças no trabalho da equipe de saúde, com mais orientações e aspectos a melhorar para garantir um serviço de qualidade, como por exemplo: o cadastramento total da população, melhorar na atenção de programas prioritários, discussão de temas nas reuniões de equipe no fornecimento da saúde individual e coletiva da população, organização do trabalho em equipe e com a comunidade. Além disso, despertou para minha equipe uma boa oportunidade para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde e sobre a realidade do serviço em que atuamos. Temos uma aceitação muito boa pela população, que demonstra satisfação com nosso trabalho com uma assistência médica muito mais preventiva que curativa.

O trabalho em equipe é o melhor dos recursos que apresenta a USF, garantindo o recurso humano para uma atenção com responsabilidade e amor todos os dias à população. Juntos em equipe cada um com suas funções individuais e também coletivas.

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

Ao comparar o texto produzido na semana de ambientação e este relatório pude observar várias melhorias na Unidade. Atualmente tenho mais conhecimento sobre o trabalho na USF, sua estrutura, necessidade e limitações.

Com relação às atribuições da equipe, cada profissional se identifica com seu trabalho e tem responsabilidade.

A partir da análise situacional foi possível melhorar também o desenvolvimento e o acompanhamento das ações programáticas prioritárias, com o objetivo de garantir a identificação da população alvo de cada uma das ações, a ampliação da cobertura de atendimento na Unidade e a qualidade da assistência. Atualmente também tivemos a implantação do e-SUS. Atualmente, já temos os agentes de saúde comunitários trabalhando na nossa equipe todos os dias. Além

disso, aprendi com o relatório a melhorar os conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família para cuidar da saúde da população.

2 Análise Estratégica

Na análise estratégica irei descrever a justificativa da escolha do foco de intervenção do projeto: Saúde dos Idosos, os objetivos (geral e específico), bem como as metas propostas.

Além disso, este item inclui a metodologia para o desenvolvimento do projeto que contempla as ações que serão desenvolvidas, sistematizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. No detalhamento das ações descrevo como as ações serão realizadas no serviço. Posteriormente apresento os indicadores para a avaliação da intervenção, a logística e o cronograma.

2.1 Justificativa

O Brasil vive um processo de envelhecimento populacional, um fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Para que mais pessoas alcancem o envelhecimento com a melhor qualidade de vida, a Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental garantindo uma atenção continuada à pessoa idosa (Brasil, 2007).

A Unidade de Saúde da Família Walter Gómez Portela atua no modelo da Estratégia Saúde da Família. É composta por uma equipe de Saúde da Família que tem um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica de

enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e sete Agentes Comunitários de Saúde. O trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) começou no mês de agosto de 2014. A estrutura da Unidade está em reforma e os atendimentos são em uma unidade com estrutura inadequada (centro multiuso). Temos baixa disponibilidade de medicamento e não há disponibilidade de alguns exames diagnósticos importantes para a população, tais como: hemoglobina glicosilada, Antígeno Prostático Específico (PSA) e outros como eletrocardiogramas. Os atendimentos odontológicos estão com limitações por falta de materiais e insumo de trabalho. Esta equipe atende uma população de 2000 habitantes.

A população total de idosos é de 155, número superior à estimativa do IBGE. Deste total, 114 pessoas com 60 anos ou mais são acompanhadas na USF, o que corresponde a 73,5% de cobertura de saúde da pessoa idosa. Além disso, temos também dificuldades na avaliação de saúde bucal em dia: apenas 68 idosos (60%) foram avaliados. Não temos arquivo específico, registros do atendimento dos idosos nem controle adequado de acamados ou transtornos de locomoção ou realização de avaliação multifuncional rápida em dia, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice em dia, avaliação de rede social em dia.

No que se refere à qualidade da atenção à saúde, gostaríamos de melhorar a qualidade das consultas e das visitas domiciliares (sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada) em conjunto equipe-família-usuário. Deste modo, será possível realizar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada. Outro aspecto importante será garantir o agendamento da próxima consulta programada.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela, Caroebe, Roraima.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%

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

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

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

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

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área);

Meta 2.5: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.9: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3 : Melhorar a adesão dos idosos às consultas programadas.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre a atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 5: Mapear aos idosos de risco na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção foi realizado com o objetivo de melhorar as ações de saúde da pessoa idosa e a qualidade da ação programática de atenção às pessoas de 60 anos ou mais, pela equipe de Saúde da Família Walter Gomes Portela, no município de Caroebe- Roraima com duração de dezesseis semanas. Estas atividades foram realizadas por todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. As ações deste projeto foram estruturadas em quatro eixos, quais sejam: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento da cobertura dos idosos da área foi realizado periodicamente com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais a partir da ficha de atendimento própria da Unidade, caderneta de saúde da pessoa idosa, livro de registros da saúde bucal, e materiais ofertados pelo curso: planilha de coleta de dados e ficha.

Foi possível avaliar em equipe mensalmente a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na USF através da criação de um registro específico dos idosos.

Além disso, monitoramos em equipe mensalmente nas reuniões e encontros semanal a qualidade da assistência dos idosos da área na USF com relação a aspetos como: a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, cumprimento da periodicidade das consultas previstas, a realização de exame clínico apropriado, números de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com a periodicidade recomendada

em consultas pelo médico e enfermeira. Todas estas informações eram preenchidas nos prontuários, ficha-espelho e registrados na planilha de coleta de dados.

Ao final do expediente realizávamos a avaliação da necessidade de tratamento odontológico identificadas nas consultas e o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico.

A partir destas ações de monitoramento e avaliação foi possível, por exemplo, realizar busca ativa pelos agentes comunitários de saúde para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e priorizar as visitas domiciliares conforme planejamento assistencial.

O monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, número de idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, era realizado nas consultas mas também no acolhimento na Unidade pela técnica de enfermagem e devidamente registrado nos prontuários, fichas de espelho e planilha de coleta de dados. Todo este fluxo foi discutido nos encontros semanais e reuniões da equipe.

O monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade, dos indicadores de fragilização na velhice, da realização de avaliação da rede social por todos os idosos acompanhados na USF foi realizado nas consultas pelo médico ou enfermeira, bem como nas visitas domiciliar dos ACS e registrado nas fichas de espelho individual, prontuários, planilha de coleta de dados e discutidos nos encontros semanais e reuniões de equipe.

O monitoramento da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular, as atividades educativas individuais foi realizado a partir da análise das listas de presença em atividades educativas, dos prontuários, das fichas-espelhos e planilha de coleta de dados. Os resultados eram debatidos nas reuniões de equipe e encontros semanais nas quartas-feiras.

Organização e gestão do serviço

A organização da gestão do serviço é fundamental para conseguir realizar todas as atividades propostas. Para acolher os idosos foi possível garantir porta aberta do serviço a todos os idosos que demandam atenção e acompanhamento em geral. Nas manhãs, os ACS contribuíram para a organização dos prontuários e acolhimento aos usuários.

Foi realizado o cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde que ainda não tem acompanhamento na unidade através da busca ativa pelos agentes comunitários de saúde. Atualizando as informações do SIAB e, posteriormente, pelo e-SUS semanalmente pela equipe.

A avaliação da equipe junto à gestão da unidade de saúde dos recursos e material necessários para garantir a assistência geral dos usuários idosos foi realizada diariamente. A técnica de enfermagem realizava o acolhimento com classificação de risco, identificando-os com atendimento prioritário. Já no início desta atividade eram realizados a realização do hemoglicoteste (a todo usuário maior ou igual de 60 anos que sofre de hipertensão arterial sistêmica ou que tinha pressão arterial maior ou igual a 135/80 para rastreamento de Diabetes Mellitus). Tais informações serão registradas nos prontuários e fichas-espelho.

Fizemos reuniões mensais com a gestão municipal para garantir mais agilidade e solução dos problemas, especialmente no que se refere à realização dos exames complementares previstos nos protocolos assistenciais e disponibilidade das cadernetas.

Mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, uma vez que não há farmácia popular no município. Realizamos um levantamento de cada usuário com HAS e DM com necessidade de receitas médicas e passamos a organizar a quantidade certa de medicamentos que deveria ser oferecida para os usuários com doenças crônicas, a partir das consultas agendadas semanalmente, os prontuários, fichas de hiperdias, preenchimento da ficha-espelho individual. Deste modo, foi possível realizar o controle na farmácia da unidade e repassamos estas informações para a secretaria de saúde.

Através da criação de registro específico em ordem alfabética do total de idosos, preenchimento das fichas-espelhos individuais com todos os dados,

agendamento das consultas e visitas domiciliares e avaliação da qualidade da assistência foi possível identificar fragilidades no processo de trabalho da equipe, definir as atribuições de cada profissional, priorizar o atendimento os idosos de maior risco de morbimortalidade e dos idosos fragilizados na velhice, bem como facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos foi feita pelos agentes comunitários de saúde após discussão nos encontros semanais da equipe nas quartas-feiras. Também foi possível organizar neste dia as ações realizadas e o agendamento das consultas para próxima semana.

A partir disso foi possível perceber se as responsabilidades compartilhadas pela equipe estariam acontecendo da maneira como deveriam. No que se refere à saúde bucal, durante um dia por semana damos prioridade aos idosos, conforme as necessidades identificadas nas consultas pela enfermeira e pelo médico. As consultas foram agendadas pelo dentista e auxiliar de saúde bucal.

Discutimos na reunião da equipe as atribuições dos profissionais da atenção básica, especialmente em relação ao atendimento à saúde da pessoa idosa, comuns e individuais, de acordo com os objetivos, metas e ações do projeto, na orientação para a prática de atividade física regular, para hábitos alimentares saudáveis e fundamentando nossas ações pelas diretrizes do Caderno da Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Organizamos o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual foi feito em cada consulta agendada ao final durante 5 minutos.

Engajamento Público

A importância do engajamento público é vital para o desenvolvimento adequado das atividades educativas de saúde dos idosos em nossa área de abrangência. A comunidade foi esclarecida sobre a importância do acompanhamento periódico dos idosos e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade, orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Para tanto, todos os profissionais da equipe fizeram articulação com as escolas, igrejas e equipamentos comerciais do território sobre a existência do programa de atenção e acompanhamento periódico dos idosos na unidade.

Ampliamos as atividades de prevenção e promoção da saúde em parceria equipe-comunidade, fizemos o planejamento de acordo com as microáreas de abrangência da USF, garantindo a socialização de informações sobre fatores de risco de DM, HAS, programa de atenção ao idoso, saúde bucal e acompanhamento na Unidade, esclarecendo a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Colocamos cartazes informativos e de divulgação nas escolas, igrejas, lojas, vicinais sobre existência do programa de atenção e acompanhamento periódico dos idosos na Unidade.

Além disso, realizamos palestras na própria unidade com grupos de idosos por microareias atendida por cada agente comunitário de saúde com o objetivo de promover a socialização destes usuários e a sua interação com a comunidade (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...).

Para os idosos com dificuldades oferecemos também informação sobre a importância da realização das consultas, sobre o atendimento odontológico prioritário aos idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Realizamos orientações aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Nas visitas domiciliares através dos ACS e das consultas e visitas do médico e da enfermeira fizemos orientações sobre a importância da informação da importância na atenção à saúde do idoso, esclarecemos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, a importância da caderneta como meio de acompanhamento e avaliação da saúde dos idosos, a busca ativa de idosos e o monitoramento de problemas de saúde como sobrepeso e obesidade, além das orientações aos usuários e à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Neste eixo encontram-se reunidas todas as atividades que podem contribuir com a qualificação da prática clínica. São basicamente ações de educação permanente. Propomos a realização de capacitação a todos os membros da equipe através do protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006).

Para capacitar a equipe, cada membro da equipe ofereceu uma exposição sobre uma parte do manual para conhecimento de todos e discussão na reunião da equipe. Foram discutidos os objetivos da capacitação, sendo identificadas todas as ações com o profissional correspondente em função de conhecimento e desenvolvimento. Desse modo, todos os profissionais da equipe ofereceram informação para garantir a implantação do programa de atenção ao idoso.

No início da intervenção o médico e a enfermeira tiveram protagonismo na organização da capacitação com ampla informação e capacidade de integração da equipe. Cada agente comunitário fez a leitura e discussão de suas responsabilidades no projeto, e atribuições, pelo caderno citado, a dentista e a auxiliar de saúde bucal também fizeram o mesmo em relação à promoção da saúde bucal.

Nas reuniões de equipe, a técnica de enfermagem, o médico e a enfermeira realizaram as análises da ficha-espelho, caderneta, planilha de coleta de dados para ter conhecimento efetivo sobre o público alvo da intervenção e reorganizar as ações.

Tivemos periodicidade e organização para cada reunião da equipe. Ao final do período de coleta de dados para o TCC discutiremos as experiências com o projeto, reforçaremos as condutas da equipe frente ao tema da saúde do idoso.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

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

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

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

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

Meta 2.5: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.6: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.7 :Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes .

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes Mellitus.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.8:Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.9: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.9:Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Objetivo 3 : Melhorar a adesão dos idosos às consultas programadas.

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre a atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

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

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

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear aos idosos de risco na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso adotamos os Protocolos e normas do Ministério da Saúde para o envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Caderno da Atenção Básica nº19, 2006). No início da intervenção tínhamos como forma de registro o prontuário clínico, fichas de atendimentos odontológicas, fichas de cadastro familiar e individual dos ACS e fichas de Hiperdia da população de 60 anos ou mais cadastrada na USF. Para sistematizar e unificar as informações passamos a utilizar a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados propostas pelo curso de Especialização.

Começamos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorreu na própria Unidade, para isto foram reservada duas horas ao final do expediente no encontro semanal nas quartas-feiras, no horário utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudou uma parte do protocolo e expôs o conteúdo aos outros membros da equipe.

Esta primeira reunião foi conduzida pelo médico e enfermeira, contando com local na unidade, cadernos de atenção básica envelhecimento e saúde da

pessoa idosa, Brasília, 2006, canetas, folhas de papel, computador, ficha-espelho, caderneta.

Uma das providências necessárias ao êxito da intervenção foi a atualização dos cadastros da população pelos ACS, especialmente dos idosos, realizando cadastramento daqueles que ainda não tiverem cadastro na USF e indicação para acompanhamento no Programa de Atenção ao Idoso na unidade de saúde.

Todos os dados e indicadores necessários ao monitoramento da intervenção foram sistematizados pelo médico, pela enfermeira e pela técnica de enfermagem e avaliados mensalmente garantindo a avaliação dos indicadores alcançados no mês. Para a construção do trabalho utilizamos o computador da unidade e o laptop pessoal do médico. O monitoramento incluiu também a avaliação da freqüência e periodicidade das consultas previstas no protocolo e da qualidade dos registros de atendimentos dos idosos.

Fizemos contato com o gestor municipal para a disponibilização de 155 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, do formulário para a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (155 ao todo), além da ficha-espelho (155) que ficou disponível em arquivo específico.

Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha de coleta de dados preenchida pelo médico e enfermeira. Os demais profissionais: ACS, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem participaram das reuniões em que faremos a consolidação semanal das informações que avaliam os indicadores de qualidade da implantação do programa.

Para organizar a agenda e garantir a captação dos idosos, a enfermeira revisou o livro de registro da USF, identificando todos os atendimentos de usuários com 60 anos ou mais do ano atual. A profissional localizou os prontuários destes usuários e transcreveu todas as informações disponíveis do prontuário para a planilha, através da qual criamos o registro do programa organizado por ordem alfabética. Ao mesmo tempo realizou o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

A partir do monitoramento da planilha foi possível identificar os idosos faltosos a consultas planejadas e fazer busca ativa pelo ACS através de visitas domiciliares. Idosos faltosos a consultas provenientes das buscas domiciliares

serão atendidos no mesmo turno e sairão da USF com agendamento da próxima consulta.

O acolhimento dos idosos foi realizado pela técnica de enfermagem. Idosos faltosos a consultas e com queixas agudas foram atendidos no mesmo turno. Idosos que compareceram por primeira vez à unidade para acompanhamento de saúde do idoso tiveram prioridade no agendamento para ampliar a cobertura dos idosos. Os idosos que foram à consulta programática saíram da USF com agendamento da próxima consulta. Durante o acolhimento foi realizada a classificação de risco conforme necessidades de cada usuário. Para tanto, demos prioridade no agendamento das consultas e atendimento na unidade aos idosos com maior risco de morbimortalidade, fragilizados na velhice e aqueles que foram identificados nas visitas domiciliares com rede social deficiente de acordo com as informações dos ACS.

A partir do estudo do Caderno da Atenção Básica e da discussão do projeto foi possível identificar o papel de cada membro da equipe na orientação nutricional e para prática de atividade física regular dos idosos. Garantimos a todos os idosos em consultas pelo menos 5 minutos de orientações individuais por necessidades, fatores de riscos e doenças pelo médico e enfermeira da equipe.

Para o engajamento público e a realização de ações coletivas com a comunidade fizemos contato com representantes da comunidade nas quatro igrejas, associações de moradores da área da abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento de saúde do idoso. Com estas conversas foi possível agendar a realização de atividades coletivas e palestras por microárea envolvendo os diversos temas relevantes para a saúde do idoso na comunidade.

Os diversos membros da equipe se alternaram na discussão de temas como: fatores de riscos de DM, HAS, complicações, saúde bucal, funcionamento do programa de atenção ao idoso. Nestas atividades bem como no acolhimento na Unidade de Saúde foi possível também realizar a aferição da pressão arterial, peso, estatura, circunferência abdominal e realização do hemoglicoteste aos idosos.

Solicitamos apoio da gestão do município para a impressão de 15 cartazes informativos do programa de saúde do idoso. A distribuição foi realizada pelos ACS. Além disso, teremos contato diariamente com a gestão do posto ao final dos

turnos para avaliar os recursos e materiais necessários para oferecer assistência adequada na unidade aos usuários idosos e dar solução mediante suas necessidades, com responsabilidade da direção da unidade de saúde, como: balança, antropômetro, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, estetoscópio, glicômetro.

Outro aspecto relevante foi o monitoramento da solicitação dos exames complementares e realização destes através da planilha de coleta de dados e registro específico de acompanhamento à saúde dos idosos, pelo médico e enfermeira da equipe da saúde. Para isso, dialogamos continuamente com a gestão no sentido de priorizar a realização de exames laboratoriais aos idosos atendidos.

O controle semanal das consultas de saúde bucal foi realizado pela dentista através da ficha odontológica (155) de usuários de 60 anos ou mais priorizando agendamentos de consulta um dia na semana para saúde bucal do idoso. Onde todos os idosos que acudam à USF se avaliaram durante a triagem pela técnica da enfermagem se tem ou não atendimento odontológico feito e as necessidades bucais em consultas por enfermeira ou médico e antes da saída da USF avaliado pela auxiliar de saúde bucal para ter já agendado a consulta de saúde bucal.

3 Relatório da Intervenção

No relatório da intervenção abordamos as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e não desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maior parte das ações propostas no projeto puderam ser implementadas. No que se refere ao eixo monitoramento e avaliação, as ações previstas neste eixo foram desenvolvidas integralmente através do preenchimento da ficha-espelho individuais nos atendimentos clínicos e odontológicos na USF, junto a planilha de coleta de dados semanal monitorando as ações como: a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Foi possível realizar o monitoramento e a avaliação da realização de procedimentos e ações como a Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual; número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo; número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados provenientes da busca ativa na comunidade pelos agentes comunitários de saúde; realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos; número de idosos

cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período; cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos; a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; número de idosos de maior risco de morbimortalidade; o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na USF; e da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e realização de orientação de atividade física regular.

As ações deste eixo tinham como espaço privilegiado as reuniões de equipe que aconteciam nas quartas-feiras com todos os profissionais da equipe de saúde da família. Nestes encontros fazíamos uma avaliação das ações e dos resultados da semana, para a partir daí planejar as ações da semana seguinte. Assim, cada membro da equipe compreendia os objetivos e metas da intervenção.

Do ponto de vista do eixo organização e Gestão do Serviço, as ações foram desenvolvidas integralmente, desde a reorganização da porta de entrada do serviço, com ampliação do acesso a todos os idosos que demandaram atenção e acompanhamento em geral, passando pela realização de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde para o cadastramento dos idosos que ainda não tinham acompanhamento na unidade, garantindo prioridade nas consultas. Além disso, a ação de busca ativa foi colocada como parte da rotina do serviço. Onde a intervenção teve tempo reduzido com mudanças de dezesseis semanas para doze de duração.

Os usuários idosos e a população em geral puderam se informar da intervenção pelos cartazes colocados na USF. Nas manhãs os ACS contribuíam para a organização dos prontuários e acolhimento aos usuários. A técnica de enfermagem realizava a triagem com atendimento prioritário e procedia a realização do hemoglicoteste (a todo usuário maior ou igual de 60 anos que sofre de hipertensão arterial sistêmica ou tenha pressão arterial maior ou igual a 135/80 para rastreamento de Diabetes Mellitus).

Além disso, mantivemos o trabalho dos agentes comunitários de saúde na comunidade oferecendo divulgação e informação da intervenção, com busca ativa dos usuários idosos faltosos às consultas, procedendo o agendamento para a semana seguinte. Foram priorizadas as visitas a todos os idosos acamados ou

com dificuldades de locomoção. Estes atendimentos foram agendados e realizados semanalmente com avaliação de risco de morbimortalidade.

A gestão pôde garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde durante a triagem pela técnica de enfermagem para rastreamento da DM e havia sempre a avaliação diária ao final do expediente da disponibilidade de materiais para manter o desenvolvimento da intervenção com a gerência da Unidade.

Ao mesmo tempo, tivemos ao início da intervenção dificuldades pela ausência de uma balança para adultos, posteriormente foram enviadas duas balanças novas pela secretaria municipal de saúde, uma delas digital.

A gestão municipal também disponibilizou os impressos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e as fichas-espelhos. Pactuamos com a equipe a divisão de tarefas para garantia do registro das informações e viabilizamos a criação do arquivo específico para idosos por ordem alfabética e por microarea. Além disso, organizamos o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações individuais ao final de cada consulta por 5 minutos.

Foi possível garantir a solicitação dos exames complementares em dia e ter o agendamento dos idosos para consulta odontológica pela auxiliar de saúde bucal e posteriormente com o dentista.

Do ponto de vista do engajamento público foram desenvolvidas ações como divulgação do projeto de intervenção pelos ACS em suas microareas. Além disso, na unidade foi possível informar os usuários sobre a existência do projeto de intervenção e a priorização da atenção à saúde dos idosos. Foi possível contar uma boa aceitação pela população e com dificuldade com alguns idosos identificados que não possuíam o hábito de ir à Unidade.

Atendendo as características próprias do território, que é composto por zona rural, com vilas e pouco desenvolvimento, tivemos como solução o planejamento das consultas dos idosos que moram longe com agendamento simultâneo do transporte escolar. Este agendamento era realizado pelo ACS com o motorista do ônibus, conforme acordo previamente realizado com a secretaria de saúde.

Colocamos cartazes em igrejas, vicinais e duas escolas, mas não tivemos muito apoio pelos líderes da comunidade em geral. Onde apresentamos dificuldades ao início da intervenção pela falta de transportação para as visitas

domiciliares e palestras por microarea, fizemos mudança com a criação de grupos de idosos por microarea junto aos agentes comunitários de saúde e oferecendo palestras para eles com participação das famílias na USF por cronograma.

Todas as quartas-feiras realizamos um grupo de idosos, que teve ótima adesão da população. Ao final, compartilhávamos frutas como lanche. Ao todo realizamos 5 atividades de grupo com palestras.

Colocamos no consultório médico um mural informativo sobre alimentação saudável com os 10 passos para a alimentação saudável garantimos orientações nutricionais com avaliação de peso/altura e IMC, doenças, prática de atividade física regular e orientação individual de cuidados de saúde bucal, importância das consultas agendadas e interação família-idosos nos trabalhos em grupo.

A respeito da qualificação da prática clínica foi possível realizar capacitação de todos os membros da equipe através do protocolo ou manual técnico - caderno da atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil 2006).

Nos encontros e reuniões de equipe foi possível discutir temas como preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, busca ativa de idosos faltosos a consultas agendadas, periodicidade das consultas, captação de idosos, acolhimentos, Avaliação Multidimensional Rápida, realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, cadastramento e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Onde cada profissional teve sua função e trabalho no desenvolvimento da intervenção sempre em equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Sobre o eixo Organização e Gestão do Serviço, não foi possível garantir a referência e contra-referência de usuário com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, já que os atendimentos para especialidades são na capital do estado, a 4 ou 5 horas do município e o agendamento das consultas ainda é muito demorado. Além disso, nestes serviços especializados não constitui uma rotina a realização da contra-referência. No caso dos usuários encaminhados pela Unidade de saúde houve a referência.

A disponibilidade de exames no laboratório estadual ainda é restrita, com isso a realização dos exames complementares com o tempo necessário nem sempre é possível, só na rede privada ou na capital do estado, portanto, não foi possível garantir aos idosos com hipertensão e diabetes fazer os exames de forma periódica.

Como em nosso município não há farmácia popular, apenas a farmácia na Unidade de Saúde Walter Gomez Portela não foi possível prescrever medicamentos da farmácia popular, mas foi possível priorizar os medicamentos que possuem distribuição gratuita.

Como proposta alternativa, realizamos um levantamento de cada usuário com HAS e DM com receitas médicas e passamos a organizar a quantidade certa de medicamentos que deveria ser oferecida para os usuários com doenças crônicas, assim foi possível realizar o controle na farmácia da unidade e repassamos estas informações para a secretaria de saúde. Destacamos, entretanto, que eventualmente existem dificuldades pela falta de medicamentos em algumas ocasiões.

Também não foi possível realizar parcerias institucionais para realização de atividade física, pois no município só existem equipamentos da rede privada. Por outro lado, realizamos orientação sobre a importância da realização de atividades físicas regulares.

Também não foi possível garantir oferta de próteses dentária aos pacientes, embora esta seja uma necessidade da população, pois os serviços que ofertam próteses estão localizados na capital do estado e na rede privada.

No que se refere ao Engajamento Público, fizemos as atividades com grupos de idosos e palestras exclusivamente na Unidade por ainda ser uma dificuldade a falta de transporte para deslocamento da equipe, aspecto que já foi discutido com a direção da unidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Concluída a fase da intervenção, daremos a continuidade das ações programática prevista no dia a dia de trabalho. Será possível manter as visitas domiciliares semanalmente priorizando os usuários acamados ou com transtornos de locomoção, com necessidades de maior risco de morbimortalidade e com rede social deficiente. Também iremos manter a realização do trabalho na comunidade com busca ativa pelos agentes comunitários de saúde aos usuários faltosos a consultas planejadas e idosos novos que não tenham sido cadastrados.

Iremos continuar oferecendo informação adequada sobre a atenção à saúde dos idosos na Unidade. Decidimos também continuar as atividades de grupos de idosos e palestras nas microareas da USF a cada dois meses, melhorar e aumentar a quantidade de idosos participantes nestas atividades.

Será preciso continuar mobilizando a comunidade, por isso ainda iremos colocar cartazes informativos nas igrejas, duas escolas e vilas. Além disso, iremos manter a unidade com porta aberta para todos idosos que demandem atendimentos clínico e odontológico com prioridade.

A partir do projeto foi possível melhorar o acolhimento aos usuários, deste modo, iremos manter a estratégia de ter um agente comunitário de saúde para

organização dos prontuários e acolhimento aos usuários nas manhãs. A técnica de enfermagem continuará realizando a classificação de risco nos atendimentos bem como a realização de hemoglicoteste (a todo usuário maior ou igual de 60 anos que sofre de hipertensão arterial sistêmica ou tenha pressão arterial maior ou igual a 135/80 para rastreamento de Diabetes Mellitus).

Iremos manter a ficha-espelho e planilha de coleta de dados para os usuários novos e no acompanhamento de todos os idosos já cadastrados. Durante o atendimento clínico iremos manter a realização da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente.

Todas estas ações continuarão sendo monitoradas e avaliadas sistematicamente como rotina nos encontros nas quartas-feiras e reuniões de equipe. Nestas reuniões será possível discutir as experiências vividas e adquiridas durante toda a intervenção e agora de rotina no programa de saúde dos idosos, com atribuições e funções de cada profissional no trabalho em equipe. Elaborando estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa, mas pensando também na ampliação de outros públicos e ações programáticas da Atenção Básica (como o acompanhamento aos adultos com HAS e DM).

4 Avaliação da intervenção

Na avaliação da intervenção irei descrever os resultados partindo da análise dos indicadores comparando-os com as metas como aspectos quantitativos e das ações descrevendo o grau de implementação, examinando a importância da implementação destas para o serviço ao longo da intervenção como aspectos qualitativos. Além dos resultados, descrevo a discussão, avaliando o significado dos resultados obtidos para a comunidade, para o serviço e, pessoalmente, como profissional de saúde.

4.1 Resultados

A Unidade de Saúde da Família Walter Gómez Portela, onde atuo como médico pelo Programa Mais Médicos desde fevereiro do 2014, no modelo da Estratégia Saúde da Família, está localizada no município Caroebe, no estado de Roraima, em uma vila chamada Entre Rios, a 35 km do município e com população concentrada na zona rural.

Em relação à população da área adstrita: temos uma população de 2000 habitantes na área. A população total de idosos é de 155, número superior à estimativa do IBGE.

Objetivo: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da Família Walter Gomes Portela. Na área adstrita à USF existem 155 idosos nesta faixa etária. Antes da intervenção tínhamos cadastrado 73,5% da população idosa (114 idosos), mas tivemos que fazer uma reorganização e recadastramento desta população.

No primeiro mês foi possível alcançar 26,5 % do total da população (41 idosos cadastrados e acompanhados). No segundo mês alcançamos 52,9% da cobertura (82 idosos cadastrados) e ao final da intervenção alcançamos 100% da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde (155 idosos). Foi possível alcançar a meta proposta. As ações que mais auxiliaram para o alcance da meta foram busca ativa dos agentes comunitários de saúde com recadastramento e reorganização do acolhimento na Unidade. Com dificuldade com alguns idosos identificados que não possuíam o hábito de ir à Unidade. Atendendo as características próprias do território, que é composto por zona rural, tivemos como solução o planejamento das consultas dos idosos que moram longe com agendamento simultâneo do transporte escolar. Este agendamento era realizado pelo ACS com o motorista do ônibus.

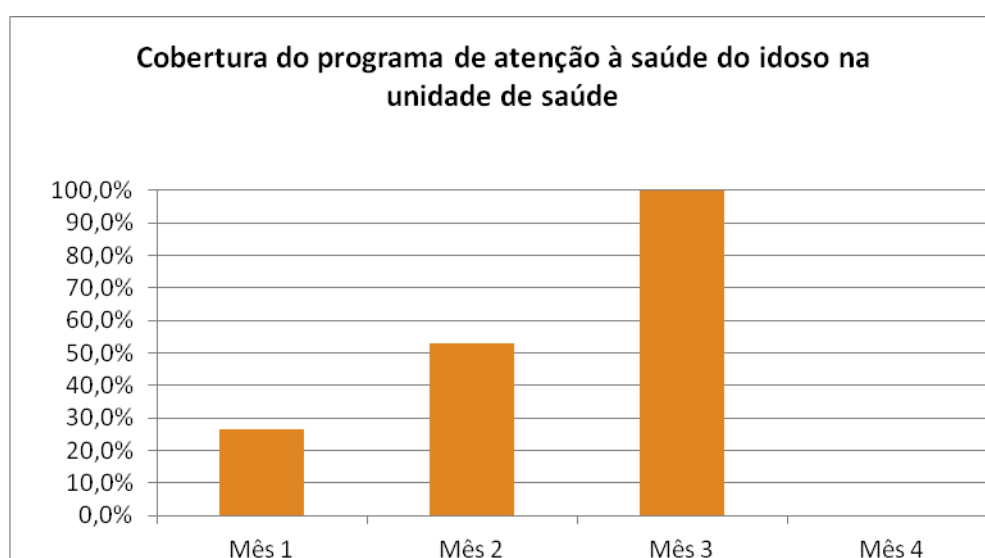


Figura 3-Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Temos exemplo:



Figura 4- Fotografia: Atendimento clínico em consulta planejada.

Destaco a inter-relação paciente-família-equipe, já que é um momento único para estabelecer junto aos familiares um suporte, mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa.

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

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

Ao início da intervenção os idosos não passavam por avaliação multidimensional rápida, este não era um procedimento padrão nas consultas individuais.

No primeiro mês tivemos 100% dos idosos com avaliação multidimensional rápida(41 idosos cadastrado no programa),no segundo 100 % deles para 82 idosos cadastrado no programa,até ter no terceiro mês garantido a realização desta ação para100% dos idosos cadastrados (ou seja, 155 idosos) da área.

Identificando 110 idosos com avaliação multidimensional rápida alterada. As ações que mais auxiliaram na realizar avaliação multifuncional foram a revisão do Caderno da Atenção Básica e a modificação da rotina do atendimento individual. Auxiliaram também a implantação do registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos com preenchimento da ficha-espelho, coleta de dados, prontuários, pactuando com a equipe o registro das informações e monitorar sua realização (Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde), bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

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

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

Ao início da intervenção os idosos não teriam exame clínico apropriado em 100% das consultas, onde através das consultas planejadas e visitas domiciliares por mês, durante o primeiro mês tivemos 100% de idoso com exame clínico apropriado em dia para os 41 idosos avaliados e cadastrado no programa, segundo mês 100% de idoso com exame clínico apropriado em dia para os 82 idosos avaliados e cadastrados até completar no terceiro mês o 100 % de exame clínico em dia dos 155 idosos da área de abrangência.

Foram fundamentais para o alcance desta meta, a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, com os atendimentos médicos. Auxiliaram também a implantação do registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos com preenchimento da ficha-espelho, coleta de dados, prontuários, pactuando com a equipe o registro das informações e monitorar sua realização (exame clínico apropriado em dia a todos idosos acompanhados pela unidade de saúde).

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

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

Ao início da intervenção não tínhamos um controle adequado da proporção de idosos HAS e DM com solicitação de exames complementares em dia.

A partir do agendamento das consultas e visita domiciliares alcançamos no primeiro mês o 100% da solicitação dos mesmos para os 34 idosos hipertensos e/ou diabéticos avaliados e cadastrado, no segundo mês 100% da solicitação dos mesmos para os 59 idosos hipertensos e /ou diabéticos avaliados e cadastrados, no terceiro mês o 100% de solicitação de exames complementares periódicos dos 92 idosos com HAS e/ou DM cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Temos 84 idosos que sofrem de HAS,30 com DM e 29 deles que tem HAS mais DM.

O cumprimento da meta foi facilitado em função do preenchimento na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados semanal, monitorando o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Tivemos como dificuldades o fato de alguns idosos não possuíram o hábito de ir à Unidade e a impossibilidade de garantir a agilidade para a realização dos exames complementares. Dos 155 idosos só 52% conseguiram fazer-se exames os restantes têm falado com a gestão disso, a qual esta procurando solução como fazer um convenio com laboratório privado no município para a realização dos exames complementares a grupos prioritários.

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

Meta 2.4: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Ao início da intervenção no primeiro mês tínhamos apenas 20% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (2 idosos cadastrados) para uma estimativa de 10 idosos acamados ou com problemas de locomoção, onde ao final ter o 100% deles (10 idosos acamado ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade) em acompanhamento e cadastrados.

A meta foi alcançada em função da busca ativa dos agentes comunitários (já que os ACS foram capacitados para realizar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência) e a equipe, garantindo o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa com preenchimento de ficha-espelho, planilha de coleta de dados.

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

Meta 2.5: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Desde o início da intervenção priorizamos a realização de visitas domiciliares com cadastramento e agendamento aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No primeiro mês tivemos 100% de realização de visita domiciliar para os 2 idoso com problema de locomoção ou acamado cadastrado e avaliado, no segundo mês tivemos 100% de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção (10 idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados e avaliados no programa pertencente ao área de abrangência da unidade) e mantivemos este percentual no terceiro mês.

As ações que mais auxiliaram foram à realização das orientações aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, monitorando sua realização. Além disso, foi possível orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Tivemos como dificuldades para a realização das visitas domiciliares a falta de transporte para o deslocamento, mas tivemos apoio de uma ambulância que fica na USF para remoção de urgência e emergência para a sede do município.



Figura 5-Fotografia: Transporte de apoio para visitas domiciliares. Destaco: 10 idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrado e avaliado no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Destaco como exemplos:

Usuário de 73 anos, normo-peso, com amputação da perna direita, incapacidade motora, DM e HAS, oferecendo-lhes a caderneta de saúde do idoso, ele fala:” estou muito alegre por sua visita, e precisamos manter as mesmas, muito obrigado Dr”. Mora com esposa idosa, filho e nora. Com bom relacionamento familiar. Só recebeu visita da enfermeira e agora pelo médico.



Figura 6-Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar a usuário com dificuldade de locomoção.

Usuária de 79 anos, deficiente visual (cegueira por glaucoma). Cadastrada na intervenção. Mora com esposo idoso. Com situação social. Recebem visita agora com o programa.



Figura 7-Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária com deficiência visual e dificuldade de locomoção.

Usuária de 94 anos, baixo peso, com transtorno de locomoção, HAS, doença cardíaca com insuficiência cardíaca congestiva, aposentada, com situação social, hipoacusia senil. Mora com filha e família.



Figura 8-Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária com dificuldade de locomoção e doença cardíaca.

Usuária de 70 anos, acamada, disfunção motora com fratura de quadril direito, HAS, DM. Mora com esposo e filho. Com dinâmica familiar boa. Com visita domiciliar pela enfermeira e agora médico.



Figura 9-Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar à usuária acamada, com fratura de quadril direito .

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

Meta 2.6: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Desde o início da intervenção fez-se o rastreamento de todos os idosos com aferição de pressão arterial tendo no primeiro mês o 100% do rastreamento para hipertensão dos 41 idosos cadastrados e avaliados com aferição de pressão arterial), no segundo mês o 100% do rastreamento para hipertensão dos 82 idosos cadastrado e avaliado com toma de pressão arterial, no terceiro mês ter o 100% do rastreamento para hipertensão dos os 155 idosos cadastrado e avaliado no programa pertencente ao área de abrangência da unidade de saúde.

Foi possível obter êxito nesta meta especialmente em função da capacitação da equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito, com organização adequada do acolhimento com a triagem, monitorando o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Esta ação também foi possível em função da garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Além disso, realizamos orientações com a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

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

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Desde o início da intervenção com agendamento das consultas e atendimento clínico a idosos semanal, a todos com diagnóstico de HAS ou pressão maior que 135/80 mmHg rastrear para DM. No primeiro mês tivemos 100% de rastreamento para DM, dos 33 idosos cadastrados e avaliados em rastreamento de DM com hipertensão ou pressão maior que 135/80 mmHg, no segundo mês tivemos o 100% de rastreamento dos 58 idosos cadastrados e avaliados em rastreamento de DM com hipertensão ou pressão maior que 135/80mmHg e no terceiro mês, 100% de rastreamento para DM dos 90 pacientes cadastrados e avaliados com diagnóstico de HAS ou pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

O alcance desta meta foi facilitado pela realização do acolhimento realizado na porta de entrada da unidade pela técnica de enfermagem, pois na medida em que eram identificados idosos hipertensos, procedeu-se a realização de hemoglicoteste. A reorganização da porta de entrada foi possível em função das reuniões de equipe, capacitação e discussão do processo de trabalho. Adicionalmente também orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Todos os materiais e suprimentos para a realização do hemoglicoteste estiveram garantidos na unidade de saúde durante toda a intervenção.



Figura 10-Fotografia: Rastreamento para DM a paciente idosa com HAS.

Temos como exemplo esta usuária idosa, com HAS, sobrepeso, durante a triagem pela técnica de enfermagem fazendo uma glicose de rastreamento pelo programa, teve cifras elevada de glicemia, indicando-se na avaliação médica teste de tolerância a glicose onde resulto debutar com uma Diabetes Mellitus tipo 2. Avaliada em reconsulta junto a sua filha, colocando-se em tratamento e oferecendo orientações sobre a diabetes e a necessidade de mudança de hábitos para incorporação ativa do paciente e de seus familiares no tratamento.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Desde o início da intervenção com agendamento das consultas e atendimento clínico e odontológico a idosos semanalmente. No primeiro mês tivemos 100% de avaliação das necessidades de atendimento odontológico para os 41 idosos cadastrado e avaliado, no segundo mês tivemos 100% de avaliação das necessidades de atendimento odontológico para os 82 idosos cadastrados e avaliados, e no terceiro mês alcançamos 100% de avaliação das necessidades de

atendimento odontológico, ou seja, os 155 idosos cadastrados foram avaliados neste aspecto.

Através da capacitação da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, seu monitoramento preenchidas nas fichas-espelhos, planilha de coleta de dados semanal, avaliação , orientando aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias e realização de exames bucais. Temos muitos idosos com próteses dentárias(95),deles com condições precárias(8) e outros com ardência total(23),como dificuldade, ao não ter disponibilidade deste serviço no município.

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

Meta 2.9: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Ao início da intervenção não havia um controle adequado dos idosos com primeira consulta odontológica programática. Mas ao longo da intervenção foi possível realizar o agendamento de consultas para atendimentos clínico e odontológico.

No primeiro mês tivemos 100%dos idosos com a primeira consulta odontológica programáticos (41 idosos cadastrado no programa), no segundo mês também tivemos 100% dos idosos cadastrados com a primeira consulta odontológica (82 idosos cadastrados e avaliado no programa) e no terceiro mês também 100%(155 idosos cadastrados e avaliado no programa).

A meta pôde ser cumprida em função da organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, com exames da condição e das necessidades de saúde bucal e preenchimento dos registros.

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

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Desde o início da intervenção realizou-se a busca ativa dos idosos faltosos a consultas. No primeiro mês tivemos 100% de busca dos pacientes faltosos a consultas (9 idosos faltosos às consultas programadas). Nos meses restantes não

tivemos faltosos. Os usuários faltosos falavam que esqueciam das consultas, ou que não precisavam atendimentos, ou estavam de viagem. As informações dos usuários faltosos eram coletadas semanais e informadas aos agentes de saúde nos encontros nas quartas feiras, indicando o nome e microareas, onde os agentes faziam visitas para que o usuário retornasse a próxima semana à consulta agendada.

Esta meta pôde ser alcançada a partir da organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos pelos agentes comunitários de saúde e pelo registro e monitoramento das informações.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

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

Sobre o registro específico na ficha espelho, tivemos no primeiro mês tivemos 100% dos idosos com fichas-espelhos com registro atualizado (41 idosos cadastrado no programa), no segundo mês também tivemos 100% dos idosos cadastrados com fichas-espelho com registro atualizado (82 idosos cadastrados e avaliado no programa) e no terceiro mês também 100%(155 idosos).

Esta ação pôde acontecer em função do preenchimento e do monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Treinando a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Mantendo as fichas-espelho preenchidas adequadamente em cada consulta agendada e visita domiciliar a cada idoso avaliado pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Além da criação do arquivo específico para os idosos, com todos os prontuários por ordem alfabética, doenças e microarea.



Figura 11--Fotografia: Agentes de saúde analisando os arquivos específicos dos idosos.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

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

Sobre o preenchimento das cadernetas de saúde da pessoa idosa, no primeiro mês tivemos 100% dos idosos com entrega de cadernetas (41 idosos cadastrado no programa), no segundo mês também tivemos 100% dos idosos com entrega de cadernetas (82 idosos cadastrados e avaliados no programa) e no terceiro mês também 100% (155 idosos cadastrados e avaliados no programa pertencente á área de abrangência da unidade de saúde). Foi fornecida quantidade adequada das cadernetas de saúde da pessoa idosa pela gestão e houve a distribuição destas pelas agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares e nas consultas nos atendimentos, além da capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

Ao início da intervenção os idosos não passavam por avaliação de risco para morbimortalidade em dia, este não era um procedimento padrão nas consultas individuais.

Sobre a avaliação de risco para morbimortalidade, no primeiro mês tivemos 100% de idoso rastreados quanto ao risco de morbimortalidade em dia (41 idosos), no segundo mês tivemos 100% de idosos avaliados quanto ao risco de morbimortalidade em dia (82 idosos) e no terceiro mês 100% dos idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade (155 idosos). Esta ação pôde ser realizada através do preenchimento da ficha de espelho com avaliação integral, fatores de risco, e do monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Objetivo: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

Ao início da intervenção os idosos não passavam por avaliação para fragilização na velhice em dia, este não era um procedimento padrão nas consultas individuais.

Uma das ações realizadas foi a avaliação da fragilização da velhice. No primeiro mês tivemos 100% de idosos investigados de indicadores de fragilização na velhice (41 idosos), no segundo mês tivemos 100% (82 idosos) e no terceiro mês 100% dos idosos com investigação de indicadores de fragilização na velhice (155 idosos) . Esta ação pôde ser concretizada a partir do preenchimento na ficha de espelho de fragilização na velhice a cada idoso avaliado, e registrado também na planilha de coletas de dados, monitorando este, e priorizando o atendimento idoso fragilizados na velhice. Resultado de esta ação tem identificado 83 idosos frágeis, deles 30 moram sozinho. Com aumento para eles de atividades pela equipe e visitas domiciliares. Procurando identificar a comunidade com eles e contar com grupos de apoios ante situações.

Temos como exemplo: idoso que sofre de HAS, DM, de 73 anos, mora sozinho, frágil avaliado em consulta agendada. Com acompanhamento diferenciado pela agente comunitária de saúde de sua área.



Figura 12-Fotografia: Atendimento clínico a usuário idoso em consulta agendada, com avaliação da fragilização da velhice.

Objetivo: Mapear os idosos de risco da área de abrangência**Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Ao início da intervenção os idosos não passavam por avaliação de rede social em dia, este não era um procedimento padrão nas consultas individuais.

Foi possível realizar a avaliação de rede social, onde no primeiro mês tivemos 100% de idosos com avaliação de rede social (41 idosos cadastrados e avaliados), no segundo mês 100% de idosos com avaliação de rede social (82 idosos cadastrados e avaliados) e no terceiro mês 100% dos idosos com avaliação de rede social (155 idosos cadastrados e avaliados). Foi possível avaliar esta ação a partir do monitoramento da ficha de espelho e coleta de dados e a capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos. Onde temos identificados 29 idosos com rede social deficiente, muitos moram sozinhos, com dificuldades para atendimentos, falta de recursos e condições, ingressos familiares baixos, todos repassados para assistência social. Outros têm uma boa rede social com apoio familiar, aposentados, com bom percapta familiar, tendo comércios, lotes, chácaras.

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Garantimos as orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a todos os idosos. No primeiro mês tivemos 100% de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (41 idosos), no segundo mês tivemos 100% de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (82 idosos) e no terceiro mês 100% dos idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (155 idosos). Temos 37 idosos obesos, 37 sobrepeso e 27 baixo peso.

Contribuíram para o alcance desta meta a leitura e aprofundamento pela equipe de temas como a promoção de hábitos alimentares saudáveis, de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável". Além disso, foram afixados cartazes na Unidade com este material e o "Guia alimentar para a população brasileira. Onde fizemos em minha consulta um mural, colocamos estes cartazes,

de DM, outras informações que queremos oferecer para ter maior nível de informação para todos os pacientes na unidade.

Garantimos, ao final dos atendimentos, durante 5 minutos orientações nutricionais em nível individual a todos os idosos. Além da criação dos grupos de idosos por microareas com atividades educativas e palestras na USF. Tivemos como metodologia oferecer informação aos idosos do projeto de intervenção, os objetivos, metas, mostrar as fichas-espelho, as cadernetas, compartilhar vivencias, opiniões, escutarmos, dar orientações sobre alimentação saudáveis, saúde bucal, atividade física regulares, fatores de risco para doenças crônicas, HAS e DM, dinâmica familiar e fazer também eles divulgação da intervenção. Temos exemplos:



Figura 13-Fotografia: Atividade educativa com grupo de idosos.



Figura 14-Fotografia: Atividade com grupo de idoso, pratica de alimentação saudávelis.

Ao final, como pratica de alimentação saudávelis fazíamos uma partilha com frutas e sucos naturais com todos os participantes.

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

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

Desde o início da intervenção garantimos as orientações para a prática regular de atividade física a todos os idosos. No primeiro mês tivemos 100% dos idosos com orientação para pratica regular de atividade física (41 idoso cadastrado e avaliado),no segundo mês tivemos 100% dos idoso com orientação para pratica regular de atividade física(82 idoso cadastrado e avaliado). No terceiro mês mantivemos 100% dos idosos com orientação para pratica regular de atividade física (155 idosos cadastrado e avaliado no programa).

A realização das orientações foi possível a partir da organização do tempo das consultas e priorização das orientações individuais. Além disso, foi possível a constituição dos de grupos de idoso por microareas fomentou a integração entre os idosos e a troca de experiências. Como dificuldade destaco que não foi possível realizar parcerias institucionais para realização de atividade física, pois no município só existem equipamentos da rede privada.

Objetivo: Promover a saúde dos idosos.

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

Desde o início da intervenção com agendamento das consultas e visitas domiciliares, garantimos as orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) a todos os idosos. No primeiro mês tivemos 100% dos idosos com orientação sobre higiene bucal (41 idosos cadastrados e avaliados), no segundo mês tivemos 100% dos idosos com orientação sobre higiene bucal (82 idosos cadastrados e avaliados), até ter no terceiro mês o 100% dos idosos com orientação sobre higiene bucal (155 idosos cadastrados e avaliados no programa).

O sucesso desta meta e alcance dos objetivos do projeto estão relacionados à organização de tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Os 5 minutos finais de cada atendimento eram destinados a isso. Além disso, foi possível garantir o monitoramento desta ação a partir do preenchimento da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados semanal. Destaco também a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses e a criação dos grupos de idosos por microáreas com atividades educativas e palestras na USF.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade de saúde, propiciou a ampliação da cobertura de atenção à saúde dos idosos da área de abrangência. Além da cobertura foi possível avançar na qualificação dos atendimentos, garantindo a realização da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Realizou-se também o exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e

medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabetes, solicitação de exames complementares periódicos em idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações através do protocolo ou manual técnico (Cadernos de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006) para desenvolver todas as ações programáticas traçadas.

Cada profissional teve sua função e trabalho no desenvolvimento da intervenção e fornecimento sempre em equipe, médico enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de odontologia. Melhorando também a organização dos registros de HAS e DM, exame citopatológicos e mamografias, prontuários médicos em geral.

Do ponto de vista das contribuições para o serviço foi possível garantir a organização do programa de atenção aos idosos na USF, com criação dos registros específicos, arquivo e atendimento integral desde a triagem pela técnica de enfermagem a todo idoso até as consultas médicas e odontológicas, com agendamento e atendimento prioritários aos mesmos. Oferecer um melhor atendimento e acolhimento na USF, garantir as condições para a qualidade do serviço para a população idosa.

A partir do projeto foi possível melhorar o acolhimento aos usuários. Onde agora temos mais informação na USF para atendimentos com cartazes, identificação dos grupos prioritários, mais organização com arquivos e registros específicos para idosos, deste modo, iremos manter a estratégia de ter um agente comunitário de saúde para organização dos prontuários e acolhimento aos usuários nas manhãs o que antes não acontecia. A técnica de enfermagem continuará realizando a classificação de risco nos atendimentos bem como a realização de hemoglicoteste (a todo usuário maior ou igual de 60 anos que sofre de hipertensão arterial sistêmica ou tenha pressão arterial maior ou igual a 135/80 para rastreamento de Diabetes Mellitus). Iremos manter a ficha-espelho e planilha de coleta de dados para os usuários novos e no acompanhamento de todos os idosos já cadastrados. Durante o atendimento clínico iremos manter a realização da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente e avaliação de fragilização na velhice. Decidimos também continuar as atividades de grupos de idosos e palestras nas microareas da USF a cada dois meses, melhorar e aumentar a quantidade de idosos participantes nestas atividades.

A respeito da importância da intervenção para a comunidade, o impacto da intervenção vem sendo percebido por todos. Todos os idosos demonstram satisfação com o programa às atividades com grupos de idosos e palestras com participação familiar, o atendimento e prioridade na USF, com os registros para o controle dos idosos, as entregas das cadernetas e visitas domiciliares. Temos como exemplos:

Usuária com HAS, DM, obesa, em consulta agendada e entrega da caderneta, que comentou durante a consulta: “eu acho muito bom seu trabalho, a atenção na unidade e acompanhamento em consultas agendadas. Nunca antes um médico ofereceu tanta informação como o senhor, gostei muito, obrigada”.



Figura 15-Fotografia: Atendimento clínico em consulta agendada a idosa com entrega de caderneta

Durante uma atividade de grupo na USF, temos um usuário de 62 anos que mencionou: “eu acho muito bom, bom demais, tudo isto que você está fazendo junto à equipe de saúde, já que as pessoas velhas estávamos esquecida nesta vila, e só damos os parabéns, além de melhorar a saúde de todo idoso com este projeto”.



Figura 16-Fotografia: Atividade com grupo de idosos e palestra na USF.

Foi possível contar uma boa aceitação pela população e com dificuldade com alguns idosos identificados que não possuíam o hábito de ir à Unidade. Só algumas insatisfações ante a necessidade de próteses dentárias, medicações, e exames complementares.

Agora, ao final do projeto, avalio que deveríamos ter garantido desde o início uma melhor articulação com as lideranças comunitárias para que estruturassem um projeto para transporte dos usuários, garantiríamos assim a realização de mais atividades e palestras por microareas na comunidade. Além de haver contado com participação de mais usuários nas atividades junto aos familiares.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço da USF. Daremos à continuidade a esta ação programática prevista no dia a dia de trabalho. Será possível manter as visitas domiciliares semanalmente priorizando os usuários acamados ou com transtornos de locomoção, com necessidades de maior risco de morbimortalidade e com rede social deficiente. Como exemplos temos:

Usuário de 84 anos, acamado com disfunção motora, úlcera por pressão. Vive com uma filha que trabalha e passa a maior parte do dia sozinho. Por isso instituímos ao menos uma visita semanal do ACS, mensais pelo médico e enfermeira que faz o curativo na ulcera, para que seja possível garantir acompanhamento integral. Também estamos mobilizando e contando com apoio da igreja e assistência social.



Figura 17--fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar a usuário acamado com disfunção motora. Junto à técnica de enfermagem e filha do senhor.

Usuário de 72 anos, acamado com incapacidade motora, AVC anterior, seqüelas de hemiparesia esquerda, HAS. Vive com esposa idosa. Visitados pela filha e passam a maior parte do dia sozinhos. Com situação social. Por isso instituímos ao menos uma visita semanal do ACS, para acompanhá-lo. Com apoio através da própria filha e assistência social.



Figura 18-Fotografia: Atendimento clínico em visita domiciliar a usuário acamado com disfunção motora.

Também iremos manter a realização do trabalho na comunidade com busca ativa pelos agentes comunitários de saúde aos usuários faltosos a consultas e planejamento de consultas para idosos novos que não tem sido cadastrado.

Iremos continuar oferecendo informação adequada sobre a atenção à saúde dos idosos na Unidade. Será preciso continuar mobilizando a comunidade, por isso ainda iremos colocar cartazes informativos nas igrejas, duas escolas e vilas. Além disso, iremos manter a unidade com porta aberta para todos idosos que demandem de atendimentos clínico e odontológico com prioridade.

Todas estas ações continuarão sendo monitoradas e avaliadas sistematicamente como rotina nos encontros nas quartas-feiras e reuniões de

equipe. Nestas reuniões será possível discutir as experiências vividas e adquiridas durante toda a intervenção e agora de rotina no programa de saúde dos idosos, com atribuições e funções de cada profissional no trabalho em equipe. Programando as atividades de grupo e palestras cada dois meses na USF e com participação ativa da comunidade em geral, melhorando estas. Mas pensando também na ampliação de outros públicos e ações programáticas da Atenção Básica como HAS e DM.

5 Relatório da intervenção para gestores

O curso de especialização em Saúde da Família (UNASUS/UFPEL) propôs a avaliação das ações programáticas ofertadas pela unidade de saúde Walter Gomes Portela, onde atuo como médico pelo programa mais médicos.

Esta Unidade está localizada no município Caroebe, no estado de Roraima, em uma vila chamada Entre Rios, a 35 km do município com população concentrada na zona rural. Em relação à população da área adstrita: temos uma população de 2000 habitantes na área. A população total de idosos é de 155 pessoas, com as quais desenvolvemos um projeto de intervenção de saúde de idosos, tendo como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa maior ou igual a 60 anos, com duração inicialmente planejada para 4 meses, mas que por necessidades de adequação aos prazos do curso mudou para 3 meses, contando com um cronograma de atividades, objetivos específicos e metas.

Foi possível garantir a organização do programa de atenção aos idosos na USF, com criação dos registros específicos, ficha-espelho, planilha de coleta de dados, arquivos e atendimento integral desde o acolhimento na unidade pela técnica de enfermagem até as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas com prioridade na Unidade, além das visitas domiciliares e busca ativa pelos agentes comunitários de saúde semanalmente. A gestão municipal também disponibilizou os impressos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e as fichas espelho.

A realização destas ações exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações através do manual técnico (Cadernos de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006) para desenvolver todas as ações programáticas traçadas. Cada profissional teve sua função e trabalho no desenvolvimento da intervenção e houve priorização do trabalho em equipe. A seguir apresento alguns dos resultados da intervenção:

- 155 idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa, ou seja, 100% de cobertura do programa de atenção a saúde do idoso na unidade de saúde.

- A todos estes idosos foram garantidos: avaliação multidimensional rápida em dia, primeira consulta odontológica programática, exame clínico apropriado em dia, verificação da pressão arterial em todas as consultas, registro na ficha-espelho em dia, distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice em dia, avaliação de rede social em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientação nutricional para hábitos saudáveis e sobre prática de atividade física regular, individual de cuidados de saúde bucal em dia.

- Deste total, 92 idosos (HAS e/ou DM) estão com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

- Como em nosso município não há farmácia popular, apenas a farmácia na unidade de saúde Walter Gomez Portela não foi possível prescrever medicamentos da farmácia popular, mas foi possível priorizar os medicamentos que possuem distribuição gratuita. Como proposta alternativa, realizamos um levantamento de cada usuário com HAS e DM com receitas médicas e passamos a organizar a quantidade certa de medicamentos que deveria ser oferecida para os usuários com doenças crônicas, assim foi possível realizar o controle na farmácia da unidade e repassamos estas informações para a secretaria de saúde. Destacamos, entretanto, que eventualmente existem dificuldades pela falta de medicamentos em algumas ocasiões.

- Outra prioridade da equipe foi o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção: 100% dos idosos (ou seja, 10 idosos) foram cadastrados.

Além disso, 90 idosos com HAS rastreados para diabetes (com realização de hemoglicoteste nos atendimentos durante o acolhimento pela técnica de

enfermagem (a todo usuário maior ou igual de 60 anos que sofre de hipertensão arterial sistêmica ou tenha pressão arterial maior ou igual a 135/80). A gestão pôde garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

- Só tivemos 9 idosos faltoso às consulta agendadas, todos eles receberam busca ativa no primeiro mês da intervenção pelos agentes comunitários de saúde .Sendo um resultado importante da equipe junto aos agente de saúde durante toda a intervenção.

Nestas doze semanas (3 meses) da intervenção podemos falar que sempre tivemos uma boa aceitação pela população, a equipe fez muito bem seu trabalho, com algumas dificuldades em alguns momentos, mas avaliando semanalmente os nossos desafios nos encontros da equipe todas as quartas-feiras .

Sempre seguimos o cronograma da intervenção, tivemos inicialmente algumas dificuldades pela falta de transporte para as visitas domiciliares e palestras nas microareas, bem como pela mudança de 16 semanas para 12, optamos então pela criação de grupos de idosos por microarea junto aos agentes comunitários de saúde e oferecendo palestras na própria unidade todas as quartas-feiras com uma aceitação ótima pela população idosa, e ao final sempre uma troca de experiências entre eles. Só fizemos 5 atividades, faltando uma agente que está grávida.

Para as visitas domiciliares contamos com uma ambulância que temos na unidade disponibilizada pela gestão municipal para o deslocamento das urgências para a sede do município, já que ainda não temos um transporte com este fim, sendo esta nossa maior dificuldade durante toda a intervenção.

Temos todos os idosos cadastrados com a primeira avaliação em consulta odontológica realizada, porém muitos usuários necessitam de próteses dentarias e a ausência de um serviço que ofereça as próteses no município prejudica este atendimento.

Além disso, não temos disponibilidade para oferecer exame complementares por falta de recursos durante a intervenção, ainda em espera, só em laboratórios particulares.

O apoio dos líderes na comunidade foi fundamental, especialmente nas últimas semanas com apoio dos motoristas de transporte escolar para o deslocamento dos idosos que moram nas vilas e ainda não haviam recebido atendimento clínico na unidade.

Avalio que nossa equipe desenvolveu a intervenção com bom resultado, e estou muito feliz com os resultados obtidos.

Daremos à continuidade a esta ação programática no dia a dia de trabalho. Mas pretendemos também na ampliação de outros públicos e ações programáticas da Atenção Básica. Gostaríamos de ter uma melhor articulação com as lideranças comunitárias e gestão para que estruturassem um projeto para transporte dos usuários, garantiríamos assim a realização de mais atividades e palestras por microareas na comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No relatório da intervenção para a comunidade enfatizamos o que a comunidade ganhou com a intervenção.

A Unidade de Saúde Walter Gómez Portela está localizada no município Caroebe, estado de Roraima na vila Entre Rios, a 35 km do município e com população concentrada na zona rural, com um cadastro de 2000 habitantes.

Com a minha chegada na Unidade, através do Programa Mais Médico, começamos a estruturar ações programáticas referentes a atenção a saúde da criança, pré-natal e puerpério, prevenção do câncer do colo de útero e controle do câncer de mama, hipertensão e diabetes e saúde do idoso, identificando programas com mais dificuldades.

Constituímos um projeto de intervenção de saúde dos idosos, para melhorar a atenção à saúde de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, moradoras da área de abrangência da unidade.

Este projeto teve duração de três meses, com objetivos específicos, metas, ações e cronograma para o desenvolvimento do mesmo. Toda a equipe de saúde teve um papel fundamental para realização de todas as atividades planejadas. Com isso, realizamos busca ativa na comunidade com os agentes comunitários de saúde de toda pessoa idosa ainda não cadastrada na unidade, faltosos às consultas agendadas, cadastramento dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção. Além disso, realizamos visitas domiciliares para ter avaliação de toda a população idosa, atendimentos clínicos e odontológicos. Com tudo isso garantimos a criação de registros específicos para os idosos, preenchimento de fichas-espelho para idosos, preenchimento da planilha de coleta de dados,

entrega de cadernetas de saúde dos idosos,arquivo específico e atendimento prioritário nas consultas.

Colocamos cartazes em igrejas, vilas e duas escolas, mas não tivemos muito apoio pelos líderes da comunidade em geral o que queremos resgatar para manter as atividades na comunidade.

Todas as quartas-feiras realizamos um grupo de idosos, que teve ótima adesão da população. Ao final, compartilhávamos frutas como lanche. Ao todo realizamos 5 atividades de grupo com palestras. Colocamos no consultório médico mural informativo sobre alimentação saudável com os 10 passos, falando em todas as palestras junto com as informações geral dos idosos, orientações nutricionais com avaliação de peso/altura e IMC, doenças, prática de atividade física regular e orientação individual de cuidados de saúde bucal, importância das consultas agendadas, e interação família-idosos. Além disso, organizamos o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações individuais ao final de cada consulta por 5 minutos.

Concluída a intervenção, informo à população que daremos continuidade a todas estas ações fortalecendo nosso trabalho em equipe. Para isso, será fundamental contar com a interação direta e apoio da comunidade para manter o trabalho incorporado à rotina do serviço. Por isso é fundamental que a comunidade possa fortalecer sua participação nas atividades de grupo e palestras a cada dois meses, identificação de usuários idosos novos, comparecimento nas consultas agendadas e visitas domiciliares semanais. Sendo preciso continuar mobilizando a comunidade, por isso ainda iremos colocar cartazes informativos nas igrejas, duas escolas e vilas. Além disso, iremos manter a unidade com porta aberta para todos idosos que demandem de atendimentos clínicos e odontológicos com prioridade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O momento inicial no curso foi repleto de dúvidas, sendo médico estrangeiro diante de um novo programa, localizado em outro país. Os primeiros desafios foram a linguagem, a atuação em um município pouco desenvolvido, com internet de baixa qualidade. Mas com a responsabilidade de estudar no curso de especialização em saúde da família na modalidade educação à distância.

Com uma organização que possui quatro unidades de estudo, além da construção de um projeto de intervenção na USF de trabalho para melhoria no atendimento ao usuário e a necessidade da população, o curso contribuiu com a minha formação, reflexão sobre novos temas e ampliou a minha qualidade de vida ao longo destes meses.

Durante o desenvolvimento de meu trabalho no curso sempre fui acompanhado por minha orientadora. Onde foi desempenhando as atividades do curso realizam-se em três espaços: dois fóruns gerais da unidade, um de saúde coletiva e outro de prática clínica, e no espaço chamado Diálogos Orientador/Especializando (DOE)-(espaço privado para conversar com a orientadora). Estes espaços ajudaram a ter uma melhor comunicação médica e social, pois os estudantes participavam de todas as atividades, elaboravam tarefas e interagem com colegas.

O curso proporcionou, portanto, uma boa oportunidade para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde e sobre a realidade do serviço em que atuo, sendo importante para meu desempenho na prática profissional. Ganhando em conhecimentos e ferramentas para a realização de ações de saúde, individual e coletiva, em promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação para um cuidado integral e direcionado

as necessidades de saúde da população. Permitiu o manejo e melhoria dos programas prioritários de saúde na USF, aprendizagem sobre estrutura das unidades de saúde, acolhimento dos usuários, atribuições dos profissionais da equipe de saúde e implementação de um projeto de intervenção na unidade: saúde dos idosos. Tendo uma visão global e detalhada da realidade de meu serviço.

Dentro de meus aprendizados mais relevantes decorrentes do curso tenho os quatro eixos temáticos do curso: organização e gestão do serviço já que aborda a estrutura, as equipes e os processos de trabalho na USF, monitoramento e avaliação já que enfoca o perfil populacional da área adstrita, a demanda atendida na USF, a cobertura e as metas alcançadas das ações programáticas, engajamento público já que inclui ações do controle social, de educação em saúde e de trabalho com grupos, além de ações com a comunidade e com as demais instituições existentes na área adstrita, tais como escolas, associações de moradores do bairro e qualificação da prática clínica já que prevê o desenvolvimento do raciocínio clínico e do trabalho em equipe.

Houve também melhoria na competência do atendimento clínico e o curso propiciou o desenvolvimento e habilidade para implantar ações programáticas realmente úteis e produtivas. Além disso, para mim foi importante o aprendizagem e manejo dos programas de ações prioritários no Brasil (referentes atenção a saúde da criança, pré-natal e puerpério, prevenção do câncer do colo de útero e controle do câncer de mama, hipertensão e diabetes e saúde do idoso), que são fundamentais no atendimento dia a dia da população, identificando suas dificuldades para fazer mudanças e melhorar o serviço.

A realização e implementação do projeto de intervenção sobre Saúde dos idosos na USF melhorou a qualidade da atenção à saúde, oferecendo melhor qualidade de vida para a população idosa. Além da bela experiência de realizar o TCC, no módulo de especialização, ganhando em conhecimentos científicos, metodológicos e médicos.

8 Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mamas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA, Série A. Normas e Manuais Técnicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Volume 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Educação Popular e Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Anexos

Anexo C- 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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante