

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Garibaldi Carrera Machado,
Santo Ângelo/RS.**

Diego Germán Ledesma

Pelotas, 2015

Diego Germán Ledesma

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Garibaldi Carrera Machado,
Santo Ângelo/RS.**

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

Orientador: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L473m Ledesma, Diego German

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Garibaldi
Carrera Machado, Santo Ângelo/Rs. / Diego German Ledesma; Suame
Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

118 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. Freitas, Suame Cristine Melo,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À Deus, fonte de toda inspiração, força e poder universal;

À minha Família que me criou e educou no caminho da Fé, do Amor, da Justiça, da Valentia;

À minha querida Pátria, a República Argentina, que me formou e fez de mim o profissional que sou hoje;

Ao Brasil que me deu um emprego com salário justo e a seu povo alegre que me acolheu com carinho infinito;

Ao Mercosul e à Unasul, por ter formado essa linda família de países irmãos que lutam dia a dia para superar as diferenças e aproximar os corações dos povos latinos...

Aos meus pacientes a um lado e outro da fronteira dos Rios Uruguai, Paraná e Iguaçu por ter me dado, através das suas histórias e sofrimentos, a experiência necessária para ser um melhor profissional e ser humano...

“O MÉDICO QUE APENAS SABE MEDICINA, NEM MEDICINA SABE...”.

Abel Salazar.

Resumo

LEDESMA, Diego Germán. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Garibaldi Carrera Machado, Santo Ângelo/RS.** 2015. 118 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2015.

Com o aumento da expectativa de vida à nível mundial, devido principalmente, a melhora da qualidade de vida, nos indicadores socioeconômicos e aos avanços científicos da Medicina, a sociedade humana está cada vez mais longeva, portanto, o número de pacientes idosos que fazem uso dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, será cada vez maior. Tal fato, implica também um incremento constante nos gastos em saúde e um nível de preparação e de exigências por parte dos profissionais também maior. Em consequência, a intervenção teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde da população idosa (adultos maiores de 60 anos) moradores do território de abrangência da UBS/ESF Dr. Garibaldi Carrera Machado (INDUBRAS), da cidade de Santo Ângelo/RS. Na área de abrangência da unidade existem oficialmente 3.000 pessoas cadastradas, das quais 300 (10%) são idosas. Entre todos os idosos, 154 fizeram parte da intervenção, alcançando ao final da mesma, a qual foi de 3 meses, uma cobertura de 51,3%. Outros dados positivos ao final da intervenção foram: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia de 96,8%; a Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia foi de 96,1%; a Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia foi de 96,5%; a Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 96,8%; a Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar em dia foi de 100%; a Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta foi de 99,4%; a Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, nos 3 meses consecutivos foi de 100%; a Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos 3 meses consecutivos foi de 100%; a Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa foi de 100%; a Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi de 97,4%; a Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi de 97,4%; a Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia foi de 98,7%; a Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia e com avaliação de rede social em dia foi de 98,1%; a Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física foi de 100%. Em relação a comunidade, posso dizer que a participação e a aceitação do programa foram altas, o esforço além da carência de recursos e infraestrutura, foi reconhecido. O apoio de referentes locais como a escola do bairro e as universidades locais foi muito importante para a realização das atividades planejadas. Em relação a equipe e ao serviço em geral, a experiência foi muito gratificante, permitindo a integração de todos os membros da equipe no trabalho diário.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	84
Figura 2	Gráfico da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	85
Figura 3	Gráfico da Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	86
Figura 4	Gráfico da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	87
Figura 5	Gráfico da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	88
Figura 6	Gráfico da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	89
Figura 7	Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	90
Figura 8	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	91
Figura 9	Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	91
Figura 10	Gráfico da Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	92
Figura 11	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	93
Figura 12	Gráfico da Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	93
Figura 13	Gráfico da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	94
Figura 14	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	95
Figura 15	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	95
Figura 16	Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	96
Figura 17	Foto 1: Grupo de Idosos	109
Figura 18	Foto 2: Atividade Física ao ar livre	109
Figura 19	Foto 3: Vista do entorno rural da ESF Indubras	110
Figura 20	Foto 4: Atividade Física na academia ao ar livre	110
Figura 21	Foto 5: Visitas Domiciliares junto a equipe de Saúde Bucal	111
Figura 22	Foto 6: Atividade Física na Escola do bairro	112
Figura 23	Foto 7: A nossa Equipe	112
Figura 24	Foto 8: Realizando visitas domiciliares a pé no Interior Rural	113

Lista de abreviaturas e siglas

- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- AMDR:** Avaliação Multidimensional Rápida.
- APS:** Atenção Primária da Saúde
- APS:** Atenção Primária da Saúde.
- CAP:** Caderno de Ações Programáticas.
- DCNT:** Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
- DM:** Diabetes Mellitus
- DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- DST:** Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família
- FIGO:** Federação Internacional de Gineco-Obstetricia
- HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica
- HGT:** Teste de Glicose Capilar
- IESA:** Instituto de Ensino Superior de Santo Ângelo
- IMC:** Índice de Massa Corporal
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PA:** Pressão Arterial
- PMM:** Programa Mais Médicos
- RENAME:** Rede Nacional de Medicamentos.
- RNM:** Ressonância Nuclear Magnética
- RS:** Rio Grande do Sul
- SES:** Secretaria Estadual de Saúde
- SMS:** Secretaria Municipal de Saúde
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TBC:** Tuberculose
- TC:** Tomografia Computadorizada
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- URI:** Universidade Integrada do Rio Uruguai

Sumário

Apresentação	9
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	34
2 Análise Estratégica	35
2.1 Justificativa	35
2.2 Objetivos e metas	37
2.2.1 Objetivo geral	37
2.2.2 Objetivos específicos e metas	37
2.3 Metodologia	39
2.3.1 Detalhamento das ações	39
2.3.2 Indicadores	67
2.3.3 Logística	72
2.3.4 Cronograma	75
3 Relatório da Intervenção	77
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	77
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	80
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	81
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	81
4 Avaliação da intervenção	83
4.1 Resultados	83
4.2 Discussão	96
5 Relatório da intervenção para gestores	99
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	103
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	105
REFERENCIAS	107
Apêndices	108
Anexos	114

Apresentação

O presente volume representa o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS. Apresenta o relato da realização de um projeto de intervenção destinado a melhorar a atenção à saúde da população idosa (adultos maiores de 60 anos) moradores do território de abrangência da ESF. Dr. Garibaldi Carrera Machado (INDUBRAS), da cidade de Santo Ângelo/RS.

O volume está organizado em capítulos, conforme descrevo a seguir: No capítulo 1 detalhamos a Análise Situacional, na qual descrevemos a situação da UBS/ESF em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS, e a dinâmica do processo de trabalho da equipe.

No capítulo 2 apresentamos a Análise Estratégica, na qual fundamentamos a escolha do foco da intervenção ou ação programática, explicamos a metodologia e detalhamento das ações, definimos os objetivos, metas e indicadores da intervenção, a logística prática da intervenção na rotina do serviço.

No capítulo 3 descrevemos o relatório da intervenção, considerando tanto as ações previstas e desenvolvidas como as ações previstas e não desenvolvidas ao longo da intervenção. Além disso, descrevemos sobre a coleta e sistematização de dados.

No capítulo 4 apresentamos a Avaliação da Intervenção, os Resultados e Discussões dos resultados.

Nos capítulos 5 e 6 elaboramos um relatório para o Gestor Municipal e para a Comunidade (usuários) respectivamente, a fim de evidenciar os resultados alcançados, a viabilidade de integrar a intervenção na rotina diária da unidade de forma permanente.

Finalizamos o volume com o capítulo 7, fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem acometido no percorrer da intervenção e do curso de especialização em saúde da família da UFPel.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o início das minhas atividades, na última semana de março de 2014 até o dia de hoje, continuo com as mesmas dificuldades, falta de infraestrutura e recursos básicos. Estrutura física deficiente, umidade e mofo em consultórios, banheiros e sala de espera infiltração de água pelo telhado durante os dias de chuva, quebração constante dos vidros das janelas por causa da proximidade com o campo de jogos e esportes de uma escola, falta de um banheiro decente tanto para os profissionais como para o público em geral, falta de água potável no posto de saúde, a água é de poço artesiano. Há falta de: um setor para o almoço dentro da cozinha do posto (mesa e cadeiras) já que a unidade está tão afastada da cidade que não temos como voltar para casa para almoçar; uma sala dentro da estrutura do unidade para realizar as reuniões dos grupos comunitários e as reuniões da equipe com os agentes de saúde e a comunidade; uma rampa de acesso para ambulâncias e carros dos profissionais; segurança; telefone fixo e acesso à internet, início das obras de reforma estrutural do posto; cadeiras de escritório decentes para mim e o pessoal da unidade; climatização no consultório médico (todos a exceção do meu consultório possuem climatizador frio e quente).

Existe falta de comunicação e TRANSPORTE: o posto de saúde encontra-se afastado da cidade, entre a área rural, o parque industrial, cemitério e o aeroporto. O município não me providencia transporte, e a própria enfermeira do posto quem me dá “carona” desde meu apartamento no centro da cidade até o posto de saúde, ida e volta, e por vezes a dentista também me brinda esse serviço, sem contar com “vale de gasolina e combustível” por parte da secretaria municipal de saúde. Em casos de emergências e urgências devemos fazer uso de nossos próprios celulares para encaminhamento de pacientes ou solicitação de recursos vários, sendo que é uma área rural, não temos sinal de telefone ou de internet móvel, temos que “sair e dar

umas voltas na quadra”, fora do posto para “pegar” sinal e poder ligar para o centro de apoio, hospital e coordenação de ESF. Ninguém nos reintegra o saldo do telefone ocupado para o serviço.

Toda vez que ligamos para o SAMU, ele demora horas para recolher o paciente ou não vem, razão pela qual os pacientes são levados de táxi ou de carona fornecida pelos próprios vizinhos. Nem os bombeiros, nem a secretaria de saúde se fazem responsáveis pelo traslado de pacientes, mesmo que sejam pacientes crônicos estáveis ou agudos leves. Não contamos com UPA na cidade, então a maioria das urgências e emergências são encaminhadas para a secretaria municipal de saúde (ginecologia e pediatria) ou diretamente para o hospital. As visitas domiciliares, o pessoal faz a pé, ou no carro da enfermeira ou da dentista, mesmo em áreas afastadas e extensas como o parque industrial, sem contar com reintegro de combustível.

Ocorre a falta de recursos técnicos básicos como nebulizadores, tubos de oxigênio, ECG, desfibrilador e oxímetro de pulso. O otoscópio não está em boas condições. Faltam estetoscópios de boa qualidade, lanterna para inspeção de fauces e biombos para os consultórios. Há fraca integração das agentes de saúde as atividades da unidade, coisa que foi melhorando com minha intervenção. Falta disciplina, compromisso e responsabilidade da técnica de enfermagem que muitas vezes entrega medicação sem receita ou sem minha autorização ou da dentista. Não respeita a autoridade e é fator de divisão e brigas dentro da equipe.

Ocorrem inumeráveis consultas de pacientes com síndrome de dependência a benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam), alta incidência de gravidez em adolescentes e mães solteiras jovens, alta incidência de viciados em crack, cocaína e maconha, alta frequência de pacientes ex-presidiários e em liberdade condicional. Alta incidência de casos de violência de gênero, violência familiar e violência infantil, abandono, estupros, homicídios, mordedura de animais selvagens e domésticos. Atraso e demoras no pagamento da minha bolsa-salário (afeta o meu rendimento emocional e laboral).

Mas, assim como fatores negativos, também temos fatores positivos: alta participação com a comunidade, igrejas e escolas; parceria com as faculdades de enfermagem e psicologia da URI (Universidade Integrada do Alto Uruguai), que providenciam estagiários e acadêmicos que são de grande ajuda nas atividades diárias da unidade; apoio total do conselho municipal de saúde e da imprensa;

reuniões de equipe enriquecedoras e democráticas, alta parceria e solidariedade entre os principais membros da equipe (Médico, Enfermeira e Dentista); evolução constante do atendimento médico e de enfermagem seguindo os protocolos estabelecidos; ótima recepção das famílias e da comunidade nas visitas domiciliares.

A equipe no início das minhas atividades na unidade estava completa, contamos com 1 Médico; 1 Dentista; 1 Enfermeira; 1 Técnica de Enfermagem; 1 Auxiliar em Saúde Bucal; 5 Agentes Comunitárias de Saúde e 1 Auxiliar de Serviços Diversos (ASD).

As consultas são realizadas segundo o Manual de Atenção Básica do Ministério da Saúde “Acolhimento a Demanda Espontânea VOL II”: Consultas Médicas, de Enfermagem e Odontológicas, são atendidas segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) como “Não Agudo” (intervenções programadas/Agendadas) e Agudo (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

Visitas domiciliares semanais agendadas a famílias selecionadas segundo a vulnerabilidade social e clínica.

Grupos de terapia comunitária quinzenais (criados e nomeados por mim): A.D.D. (Ansiedade, Depressão e Dependência química); P.O.D.E. (Pressão, Obesidade, Diabetes e Envelhecimento); A.M.A.A.R. (Apoio a Mães Adolescentes e Adolescentes em Risco); SAÚDE ADOLESCENTE/EDUCAÇÃO SEXUAL; SAÚDE NA ESCOLA, T.D.A. (Tabagismo, DPOC e ASMA).

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde trabalho se chama Santo Ângelo, fica no Estado de Rio Grande do Sul, a 180 KM da fronteira com meu País, Argentina. A cidade é denominada “CAPITAL DAS MISSÕES”, tem aproximadamente 80.000 habitantes e constitui um grande centro de derivações médicas, é também uma cidade Universitária, com estudantes de todos os cantos da região Sul do Brasil. Há na cidade 17 UBS em total, 7 com ESF e 10 UBS tradicionais. Contamos com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de abrangência apenas municipal (Tipo 1). Não contamos com Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) nem com

UPA na cidade. Há disponibilidade de atendimento especializado em algumas áreas, acessíveis aos usuários que passaram pela REDE BÁSICA e, através de encaminhamentos, chega até o especialista, que muitas vezes se encontra em outras cidades, algumas bem distantes, como Passo Fundo, Porto Alegre, Santa Maria, São Paulo ou Ijuí. Existe também um Hospital Regional o qual é de referência na Microrregião das Missões, desde São Borja até Santo Augusto. Trabalha pelo SUS e com convênios, recebe urgências e emergências, realiza consultas e internações e também serviços de média e alta complexidade, como UTI Adulto e UTI neonatal.

A UBS Dr. Garibaldi Carrera Machado, segundo cadastro da SMS, é considerada urbana apesar de estar em um local bem afastado da cidade, entre o parque industrial, cemitério, área rural e o aeroporto. Existe uma base militar do Exército a escassa distância. O acesso a UBS encontra-se sobre Estrada Estadual RS 218. Está mais próxima ao município de Catuípe do que à Santo Ângelo. Desde a janela do posto observam-se campos e plantações de trigo, milho e soja, e algumas Indústrias. A UBS tem seu vínculo com o SUS através da esfera municipal da Gestão Tripartite, recebe acadêmicas de diversos cursos e universidades, mas sem um vínculo direto com essas instituições.

A Estratégia de Saúde de Família (ESF) é o modelo de atenção na minha UBS, baseada em uma Equipe da Saúde da Família e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Para uma população de 3.000 pessoas na área, temos uma equipe funcionando no local, que conta com uma Cirurgiã-dentista, um Auxiliar em Saúde Bucal, um Médico, uma Enfermeira e 5 ACS. No momento não temos Técnica de Enfermagem e faltam ACS para regiões do interior e para novos bairros de obreiros que foram surgindo há poucos anos, assim também temos áreas do bairro Garibaldi (onde está instalado o posto de saúde) sem cobertura, pelo fato da agente de saúde dessa área encontrar-se em pericia psiquiátrica. A estimativa da SMS é que a população do território de abrangência poderia ser maior de 3000 hab., mais atualmente está sem recursos informáticos e logísticos para comprovar ditas afirmações.

A área física da ESF Dr. Garibaldi Carrera Machado é muito pequena. Grande parte dos ambientes é menor do que o mínimo previsto na lei, dificultando o acolhimento, atendimento, acessibilidade e conforto dos usuários, além do trabalho diário dos profissionais da equipe. As barreiras estruturais afetam sensivelmente o

dia a dia dentro da UBS. O consultório médico e de enfermagem têm 9 m² cada, e o consultório odontológico não chega a 12m². O Consultório Médico não tem as dimensões dentro do previsto, além disso, não tem uma pia para o médico lavar as mãos após os atendimentos. Não tem climatizador, há apenas um aquecedor e ventilador velhos que não funcionam. A entrega de medicamentos é feita no próprio consultório médico onde há dois armários para a guarda das medicações. No Consultório de enfermagem são realizadas coletas para exame histopatológico (PAPANICOLAU) e entrega das medicações e cartões de hipertensos, diabéticos e idosos. Para ter acesso ao banheiro de funcionários, é necessário passar por dentro do consultório de enfermagem ou pelo consultório médico.

O banheiro, no momento dos exames preventivos ou do atendimento médico, fica totalmente inacessível ao resto dos funcionários. Existe um banheiro para usuários, acessível a partir da recepção. Esse banheiro é grande, com dimensões que permitem a sua utilização por deficientes e cadeirantes, mas não tem barras de apoio de nenhum tipo. Esse sanitário serve também como depósito de caixas e de equipamento velho sem funcionamento.

A recepção e a sala de espera formam um mesmo espaço, o qual é muito reduzido, com apenas 10 cadeiras para usuários, todas de tecido que não permite uma limpeza e desinfecção adequadas, além de estarem algumas quebradas. O posto não apresenta rampa de acesso para cadeirantes, nem barras de suporte lateral para idosos e deficientes físicos, nem acesso para ambulâncias.

A unidade não possui um sistema de sinais ou de informação para cegos, surdos e analfabetos. A cozinha, é muito pequena também, não tem sequer uma mesa ou espaço para refeitório (almoço). Essa é uma questão importante para a equipe, devido ao fato de que estamos obrigados a ficar na UBS no horário do almoço por causa da grande distância entre o posto e nossas casas. Nesse horário, fechamos a unidade e almoçamos na recepção.

A sala de vacinas é o único local da UBS que está mais próximo com a legislação. Possui geladeira própria, balcão, pia, mesa, maca, caixa térmica e até um condicionador de ar Split frio/calor, aparelho que não existe em outras dependências do posto.

O Ambulatório constitui uma sala de usos múltiplos, serve como sala de procedimentos, de nebulização, de curativos, de observação... O ambulatório tem espaço reduzido e com estrutura e equipamento deficitários. Temos na UBS outro

espaço de usos múltiplos, uma sala que serve como lavanderia, depósito de material de limpeza, expurgo e depósito de lixo não contaminado. É uma sala de mínimas dimensões, a qual carece de armário ou gavetas para guardar os materiais.

A unidade não possui uma sala de esterilização de materiais, há apenas uma autoclave, que fica localizada no consultório da dentista e é utilizada para esterilizar instrumentais e materiais de uso odontológico e de enfermagem.

Faltam armários vitrine com porta e chave para medicamentos especiais e ampolas. A maior parte das paredes da UBS não são laváveis nem lisas, possui reboco grosseiro, o que dificulta a limpeza e facilita a adesão de material biológico contaminado e micro-organismos vários. O piso é liso, com cerâmica branca esmaltada, mas constitui um risco quando está molhado em dias de limpeza ou de chuva porque não é antiderrapante. Na minha UBS, se faz necessário uma reforma e ampliação imediatas da estrutura física, a compra de equipamentos novos, manutenção periódica e material de consumo em quantidade suficiente. O mobiliário é velho e não atinge as necessidades da equipe e da comunidade que consulta o posto de saúde, não temos armários para que os funcionários guardarem suas coisas. As mesas de exame nos consultórios são precárias e inseguras. As cadeiras dos profissionais e da sala de espera também são precárias e estão quebradas em muitos casos. É importante contar com moveis em condições e esteticamente presentáveis, tal fato constitui um fator importante na hora do acolhimento do paciente, além de fazer mais fácil, confortável e seguro o trabalho diário no posto.

Equipamentos eletrônicos como telefones, computadores, ECG, nebulizadores, tubos de oxigênio, oxímetro de pulso, impressoras, máquina de Xerox, Fax, TV, escâneres e até calculadores não existem na UBS. Temos que usar nossos próprios celulares para comunicarmos com usuários, com o SAMU, a Brigada e a SMS. Poder contar com esses equipamentos toda vez que for necessário é muito importante, principalmente na hora de diferenciar uma urgência de uma emergência, na hora de realizar e aperfeiçoar tarefas administrativas e de planejamento de estratégias, agendamento de consultas e exames.

A equipe não conta com nenhum tipo de carro para locomoção dentro da área de abrangência da Unidade, o que dificulta as visitas domiciliares, as quais se fazem no Fusca da Enfermeira, sem retorno de combustível por parte da Prefeitura. A equipe realiza todas as visitas a pé, mesmo nos lugares mais distantes do bairro ou do parque industrial. As ACS não contam com uniformes e materiais necessários

para realizar as visitas domiciliares, utilizando muitas vezes seus próprios meios de transporte para chegar até as casas dos usuários. É fundamental para toda unidade de saúde contar com transporte próprio e motorista, principalmente se são unidades afastadas ou de difícil acesso, assim a dependência do SAMU e da SMS no que refere à remoção e transporte de usuários, insumos e profissionais seria notavelmente diminuída.

As ACS precisam de um uniforme específico que as identifique como integrantes da UBS do bairro e que são funcionárias públicas do Município.

Os materiais de uso frequente em Enfermagem e Odontologia, de modo geral, são em quantidade insuficiente. É fundamental contar com insumos em quantidade e qualidade de acordo com a demanda dos profissionais e dos usuários para assim poder oferecer um serviço de qualidade. Quando fazemos as atividades de Saúde na Escola, os vídeos e materiais didáticos que usamos são providenciados pela equipe, as universidades locais e alguns pela SMS. Nesse mesmo sentido, possuir material didático para educação em saúde nas escolas e nos grupos é criticamente necessário para uma correta interação com os educandos.

Não temos uma Farmácia ou sala para dispensação de medicamentos na UBS, mas no consultório médico há dois armários com medicações para os usuários. A variedade de remédios é limitada, se comparada à RENAME. São medicações simples que não dão conta da maioria das patologias dos usuários da nossa ESF. Contar não só com farmácia senão também com farmacêutico ou com pelo menos estagiário dessa área é estratégico para um correto funcionamento e aplicação dos tratamentos, assim como também, tiraria um grande peso das costas dos demais profissionais da equipe.

Exames realizados na Unidade são em geral, glicemia capilar (quando o aparelho de HGT funciona), medição de PA e coleta de material de Papanicolau para prevenção de CA de colo uterino. Não temos telefone fixo nem internet na UBS, assim que não temos meios para agendar consultas com especialistas e exames dos usuários, centralizando-se esses serviços todos na SMS.

Da bibliografia oficial do Ministério da Saúde, temos na unidade apenas alguns volumes dos Cadernos de Atenção Básica e o CID 10. É importante contar com bibliografia atualizada na unidade, para adequar corretamente às condutas terapêuticas tomadas aos Protocolos atuais.

Considero que ter acesso a recursos da esfera federal, como o PAB da atenção básica, destinado as ESF com Saúde Bucal, e os derivados do PMAQ, serão suficientes para melhorar a situação atual da UBS.

Em relação às ações desenvolvidas pela equipe, o processo de trabalho é totalmente equitativo, integral e democrático. No que diz respeito ao Mapeamento do Território de Abrangência, todos os profissionais da equipe estão envolvidos com essa tarefa, desde as ACS que identificam famílias e pacientes de risco, até a enfermeira, médico e a dentista que correm atrás de cada caso ou grupo de risco levando em consideração a individualidade e características de cada paciente ou grupo etário. O nosso território de abrangência não está totalmente definido, tem áreas em constante crescimento, como o parque industrial e as diferentes áreas do interior rural, bairros em construção no limite com o território de outras UBS, e colônias muito perto do limite com outro município.

O tamanho da tarefa a realizar exige o máximo de cada integrante da equipe, motivo que longe de criar liderança ou supremacia de um ou de outro, criou parceria, solidariedade e trabalho em equipe, “todos por um, e um por todos”. A filosofia é trabalhar sem preconceitos e atingir a máxima quantidade de pessoas de nossa área programática, ajudando ao preenchimento dos cadastros e encaminhando as famílias a SMS para a realização ou recadastramento do cartão SUS, o qual é indispensável para ter acesso aos serviços que a Rede SUS oferece.

O atendimento tanto médico, como de enfermagem e o buco dental é realizado segundo a escala de risco e logo de uma consulta de enfermagem inicial e um acolhimento por parte da técnica de enfermagem e as estagiárias. O atendimento tanto de enfermagem, como médico ou dental é feito em todos os locais disponíveis ao nosso alcance: escolas, creches, clubes, igrejas, fábricas, aeroporto e diretamente no domicílio dos usuários.

Tanto urgências como emergências recebem uma abordagem e tratamento iniciais dentro da unidade, para logo ser encaminhadas via SAMU ao Hospital ou ao Centro de Apoio da SMS. Muitas vezes resolvemos casos e questões próprias de uma U.P.A. (que o município ainda não possui), tanto seja pela distância do posto ao Hospital e pela situação de carência econômica dos moradores da área programática que muitas vezes não tem dinheiro nem para um taxi ou ônibus, e preferem passar mal em casa, mas não gastar o pouco dinheiro do seu sustento diário. Suturas, curativos, aplicação de medicação injetável, e pequenas cirurgias

odontológicas são realizadas dentro da unidade, mesmo com carência de insumos e equipamento.

As visitas domiciliares são uma parte fundamental do trabalho da equipe, porque nos fornece uma ideia geral do ambiente que rodeia ao paciente e a sua família (BRASIL, 2013). Permite-nos avaliar riscos e carências, e fazer um controle estrito dos medicamentos presentes na vivenda. Muitas vezes saímos das casas com sacolas cheias de medicamentos vencidos, principalmente antibióticos, corticoides e psicotrópicos, muitos deles são obtidos sem receita nas farmácias da rede privada.

A equipe toda corre atrás do pessoal faltoso dos grupos, e das consultas que foram marcados previamente, principalmente gestantes, diabéticos, hipertensos e idosos. Sempre fornecemos um seguimento estrito das gestantes, principalmente as menores de idade e as obesas, hipertensas, diabéticas, com transtornos da glândula tireoide, síndrome de ovário policístico (SOP), síndrome metabólica e pacientes que sofrem de DTS.

Tanto a enfermeira como o médico realizam as notificações de doenças de notificação compulsória e surtos de gastroenterite e intoxicações alimentares. Também notificamos casos de violência familiar, estupro, violência infantil, gravidez de alto risco em menores de idade e casos de assassinato que temos frequentemente no bairro e ataques de animais venenosos e cachorros.

O gerenciamento de insumos é realizado durante as reuniões de equipe mensais ou cada 15 dias, dependendo da demanda. É denominada de “Revisão de Estoque”, a mesma é realizada por cada profissional da equipe dentro da sua área de trabalho.

Outro grande pilar da APS são os grupos de terapia comunitária (BRASIL, 2013). Foram criados, projetados e desenvolvidos por mim, com o apoio do resto da equipe e de acadêmicas de enfermagem, psicologia e educação física das Universidades e institutos de educação superior da cidade e região.

Em total temos 12 grupos, alguns em capacidade operativa total, outros em andamento e outros em etapa de projeto. O rol central é das acadêmicas, que são consideradas pela equipe como membros ativos e não simples estudantes, sempre são escutadas suas ideias e sugestões, e tentamos oferecer um processo de estágio que seja útil e de valor para elas, assim como de grande ajuda para nós. Como bem falei os grupos são 12, cada um em diferentes etapas de funcionamento: Grupo

P.O.D.E. (Pressão, Obesidade, Diabetes, Envelhecimento). Em Funcionamento total; Grupo A.D.D. (Ansiedade, Depressão, Dependência Química). Em funcionamento total; Grupo A.M.A.A.R. (Apoio às Mães Adolescentes e Adolescentes em Risco). Em funcionamento total; SAÚDE NA ESCOLA e na CRECHE: Em funcionamento total; Saúde do Adolescente: em funcionamento total; Saúde Bucal e Alimentação Saudável: Em funcionamento total; Grupo T.D.A. (Tabagismo, DPOC e ASMA): Em funcionamento total; Grupo de Violência Familiar (em andamento); Grupo de Saúde da Mulher (Em andamento), Grupo P.A.T. (Grupo de apoio aos familiares de Pacientes Prostrados, Acamados ou Terminais), estamos na procura de novos usuários, porque dos 4 que tínhamos faleceram 3 e um foi parar num asilo; Saúde Média Ambiental (Em projeto); Grupo de Terapia Cognitiva e Psicanálise/Orientação Vocacional. (Em projeto).

Outro grande projeto, da equipe é a elaboração de um Mini Jornal do posto, “Vozes de INDUBRAS”, que irá reforçar as políticas de promoção e prevenção à saúde que são realizadas nos grupos e nas visitas domiciliares. Terá informação exclusiva e atualizada, elaborada pela própria equipe e os acadêmicos que trabalham conosco na unidade.

Considero que o maior problema da minha equipe é a falta de profissionais, sobretudo de ACS e a falta de uma Técnica de Enfermagem, para poder melhorar o atendimento. Também seria bom contar com visitas semanais de uma psicóloga, assistente social e professora de educação física para apoio das atividades coletivas e grupos.

Nossa área de abrangência possui ao redor de 3.000 pessoas cadastradas. Dito número está em crescimento constante, devido principalmente a agricultores e obreiros de cidades vizinhas que se mudam para o bairro, e existem áreas não cadastradas de novos bairros de obreiros e industriais em construção, assim como áreas de “soberania compartilhada” com outras unidades que são UBS e não ESF.

As agentes de saúde são orientadas a atualizar o cadastro mensalmente, mas enfrentam dificuldades quanto ao mapeamento, a áreas de conflito territorial com outras unidades e também a falta de mais agentes de saúde, principalmente em áreas rurais e afastadas do interior.

Em minha unidade existe uma Equipe de Saúde da Família, o qual está de acordo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, a qual atinge a demanda social da população do território.

A distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com as estatísticas da população brasileira, segundo os dados de cadastramento atual (49% Homens e 51% Mulheres).

Temos mais jovens e adultos em idade laboral que idosos e crianças, assim também, possuímos poucas grávidas em nosso território, em torno de 12 gestantes, número consideravelmente menor a estimativa oficial, fato diretamente relacionado às orientações individuais, grupais e dentro de campanhas sobre planejamento familiar que os moradores recebem da minha parte e do resto da equipe. Outra causa, é o fácil acesso a métodos contraceptivos disponíveis na UBS e dentro da Rede SUS, tais como anticoncepcionais orais e injetáveis, preservativos masculinos e femininos, DIU, ligadura e vasectomia.

As crianças menores de um ano do bairro são poucas, ao redor de 10 bebês, sendo a estimativa oficial de 36 crianças. Durante as campanhas de vacinação é um fato fácil de observar, tanto assim que devido à baixa demanda, e a falta de técnica de enfermagem, a sala de vacinas foi fechada temporariamente por reformas e as vacinas são aplicadas na SMS ou na UBS Central 22 de Março, que conta com mais recursos e profissionais, desde farmácia até ambulâncias e serviços de pronto atendimento.

Não contamos com sala para acolhimento em nossa UBS, então o acolhimento é feito na recepção, nos consultórios, na sala de procedimentos ou na sala de vacinas. Seria ótimo contar com uma sala de acolhimento e sala de reuniões, para assim poder ouvir e acolher os sofrimentos de nossos usuários e programar reuniões de equipe e de grupos de um jeito mais confortável e organizado com mais privacidade, intimidade e de maneira mais humanizada.

Antes da minha chegada à unidade, a demanda espontânea e os atendimentos de urgência/emergência eram escassos porque a população era consciente que o posto não tinha médico nem enfermeira, e quando tinha era só por duas ou três vezes na semana, duas ou três horas pela manhã, em horário laboral da maioria dos moradores. Então a população consultava outras unidades ou diretamente no Hospital. Logo da minha chegada, a demanda espontânea e os atendimentos de urgência/emergência, assim como o agendamento cresceu, segundo relato da própria coordenação das ESF do município, entre 300 e 500%, se comparada com anos anteriores.

O atendimento Médico, de Enfermagem e Odontológico, quer sejam por agendamento ou demanda espontânea, está baseado segundo escala de risco e por avaliação de vulnerabilidades (BRASIL, 2013), seguindo todos os protocolos vigentes, tanto do MS como da SMS. Mesmo assim, temos alguns problemas com os excessos de demanda espontânea, devido geralmente a grande distância que existe entre a unidade e outros centros de referência, como a unidade de saúde central 22 de março e o Hospital Santo Ângelo.

As urgências são abordadas dentro do mesmo turno ou dentro da hora ou primeiras duas horas da consulta na UBS e as emergências tem uma primeira abordagem no posto, a qual é imediata, e são encaminhadas ou transferidas rapidamente para o hospital da cidade (BRASIL, 2013) ou o centro de apoio da SMS. Mesmo que muitas vezes o SAMU demore muito em prestar assistência, conseguimos derivar os usuários, do meio que for possível, com transporte da SMS, dos bombeiros, da brigada ou até em carros de vizinhos ou mesmo de taxi.

A equipe tem uma alta consciência social e sentido humanitário com a comunidade, somos conscientes do afastado da sua localização e das carências econômicas e sociais de seus habitantes.

Em relação à Pediatria Preventiva (faixa etária de 0 a 72 meses), na minha unidade, as formas de registro existente para as consultas de puericultura são fundamentalmente: o Prontuário Clínico, o Formulário de Puericultura, o Prontuário Odontológico, o Cartão da Criança e o Cartão Espelho das Vacinas. Ditas formas de registro e uma conversa com a equipe possibilitaram o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas.

Utilizamos protocolos do MS (Manual de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Brasília D.F. ano 2012) e protocolos atuais da SMS para o atendimento de pacientes pediátricos.

Em relação ao Indicador de Cobertura do Caderno de Ações Programáticas, nossa cobertura se limita só a 33% do estimado, 12 crianças menores de 1 ano dentro do território, em contraste com as 36 crianças que a área deveria ter estatisticamente. Dita diferencia estatística, está relacionada com áreas de difícil acesso do interior rural que não possuem ACS e pela migração das gestantes a outros bairros e UBS perto da família do parceiro, assim como algumas que trabalham durante todo o dia na cidade as quais fazem seu pré-natal no Centro de Apoio ou em unidades próximas ao local de trabalho.

Em relação aos Indicadores de Qualidade do meu serviço, devo reconhecer que o fato de ter uma oferta baixa de usuários, permite que essas crianças estejam totalmente cuidadas e controladas e em ótimo estado de saúde. 100% das crianças têm suas consultas em dia de acordo com os protocolos do MS, não tivemos nenhum caso de atraso das consultas agendadas, devido que as mães são bem pontuais e sempre as ACS são orientadas de fazê-las lembrar sobre o dia e a hora das consultas, tanto médicas, como odontológicas ou de enfermagem. 100% de nossos bebês realizam o teste do pezinho até 7 dias de vida, assim como, a primeira consulta de puericultura, 100% recebe avaliação auditiva e odontológica, todas são monitoradas em relação ao crescimento e desenvolvimento da última consulta.

Todas as usuárias têm seu calendário de vacinas em dia. 100% das mães recebem orientações sobre o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança e sobre prevenção de acidentes no âmbito doméstico.

O maior obstáculo que enfrentamos na atenção a puericultura é a falta de alguns profissionais que não dispomos em nosso serviço como Nutricionistas, Psicólogos, Pediatra, Ginecologista, Educador Físico, Assistente Social ou Técnica de Enfermagem dentro da equipe.

Nossa cidade conta com algumas ESF, mas sem o respaldo de um NASF. Mesmo assim, durante as palestras e nos grupos integramos estagiários e acadêmicos de múltiplos cursos, que nos ajudam a reforçar a estratégia de Saúde de Família dentro do nosso território, formando uma espécie de "NASF Acadêmico". Os Estagiários também nos acompanham nas visitas domiciliares, coisa que têm um grande impacto nas comunidades carentes pelo fato de sentirem-se cuidados, acolhidos e protegidos.

Em relação ao Pré-Natal e Puerpério, o registro é feito no prontuário médico da paciente e também no prontuário odontológico, os mesmos são organizados por família, como acontece com os prontuários de todos os usuários da ESF. Utilizamos os protocolos do Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, MS Brasília, ano 2012 e protocolos próprios da Equipe, assim como protocolos da SMS para o atendimento das usuárias.

Em relação aos *Indicadores de Cobertura do Pré-natal*, o número de gestantes da minha área deveria ser de 45, quando temos somente 10 usuárias registradas (cobertura de 22% do estimado).

Em quanto aos *Indicadores de Qualidade do Pré-natal*, 70% das gestantes tiveram o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, devido a múltiplas causas: falta de Médico na UBS (Eu comecei a trabalhar em abril de 2014, antes disso não teve profissional Médico permanente por quase um ano); muitas das grávidas são menores de idade e acabam morando com a família do parceiro em outros bairros ou cidades vizinhas, para logo voltar com a sua família. Apresentam mobilidade e deslocamento permanente de um posto a outro, e quando se trata de menores de 16 anos o pré-natal é considerado de alto risco o qual recebe cuidados e atendimento por Ginecologistas do Centro de Apoio à Gestante da SMS.

Outra razão pela qual o pré-natal é tardio, em alguns casos, é porque temos grávidas moradoras do interior rural, que não possui ACS, portanto elas se aproximam até a unidade quando conseguem os meios de transporte. Muitas delas achavam que ainda não tinha médico permanente na área, por isso também não consultavam.

Logicamente, as gestantes que começaram tardiamente seu pré-natal não têm suas consultas em dia segundo o preconizado pelo MS, mesmo assim, uma vez que captamos uma gestante com pré-natal tardio, fazemos um seguimento e controle estrito da sua evolução e bem-estar.

Em 100% dos casos, na primeira consulta solicita-se o laboratório e sorologias preconizadas. Em 100% dos casos as usuárias recebem vacinação antitetânica e anti-hepatite B, o mesmo ocorre com a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, todas as usuárias recebem essa medicação na primeira consulta.

No caso da consulta ginecológica trimestral nem todas as usuárias conferem ao centro de apoio procurando atendimento com o ginecologista de referência, as razões são múltiplas: pré-natais tardios, moradoras do interior rural com dificuldade de transporte, causas socioeconômicas, culturais e falta de interesse de algumas mães. Mesmo assim, o 80% consulta religiosamente uma vez por trimestre com o ginecologista de referência no centro de apoio da SMS e 100% das gestantes tem pelo menos duas consultas com dito especialista durante a gravidez.

A avaliação da saúde bucal e as orientações sobre aleitamento materno são realizadas a 100% das gestantes, quer seja em consultas individuais na unidade, dentro de grupos de gestantes ou durante as visitas domiciliares programadas nesse sentido. As ACS fazem o levantamento semanal das famílias e atualizam os cadastros, informando à equipe sobre o surgimento de novas gestantes na área.

A respeito dos cuidados no Puerpério (período de até 42 dias pós-parto), não possuímos dados confiáveis dos últimos 12 meses, devido a que o posto não contava com Médico, então tanto controle de pré-natal como de puerpério, eram feitos no Centro de Apoio à Gestante na SMS. Mesmo assim, temos registrado 8 puérperas desde a minha chegada em abril de 2014.

Segundo o Indicador de Cobertura, deveríamos ter 36 puérperas nos últimos 12 meses, e só temos registro de 8 (22% do estimado). Todas essas usuárias têm consultado antes de passados 42 dias do pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, todas receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, cuidados básicos do recém-nascido e anticoncepção no período da lactância, assim como orientações sobre o calendário de vacinas da criança. Todas tiveram suas mamas e abdômen examinados pelo Médico, assim como as intercorrências.

A saúde mental da puérpera também foi avaliada pelo Médico e a Enfermeira em parceria com estagiárias de Psicologia do último semestre do curso. No caso de mães com transtornos mentais específicos e em tratamento psiquiátrico contínuo, foram encaminhadas para consulta de controle no CAPS.

Todas as usuárias foram encaminhadas para consulta com ginecologista do centro de apoio e logo foram registradas as contra referências das usuárias com antecedentes de diabetes gestacional, transtornos das tireoides, HAS e pré-eclâmpsia/eclâmpsia. No caso das usuárias que foram submetidas à cesárea, foram feitos os curativos domiciliares e o controle da ferida do local cirúrgico, assim como a retirada de pontos na sala de procedimentos da UBS.

As consultas tanto Médica, de Enfermagem como Odontológicas das gestantes e puérperas são marcadas em data e horários escolhidas pela paciente, sem necessidade de agendamento prévio nem de fazer filas de espera no serviço. Gestantes e puérperas têm atendimento prioritário dentro da UBS, respeitando a normativa do SUS e os protocolos do MS, assim como idosos, deficientes físicos e mentais e mães com crianças de colo.

Além dos benefícios dos benefícios do atendimento prioritário, algumas gestantes não comparecem. Nesses casos as ACS são orientadas a procurar essas usuárias e verificar seu estado. Logo a equipe realiza visita domiciliar e avalia individualmente cada caso em particular e também dentro dos diversos grupos

terapêuticos que a unidade possui, tanto de apoio as gestantes como as adolescentes.

Percebi que as gestantes consultam majoritariamente sem o parceiro e muitas são adolescentes menores de idade em relacionamentos com homens maiores de idade. Alguns desses casos, a equipe teve que notificar ao Conselho Tutelar, e foram catalogadas de alto risco materno fetal por ser menores de 16 anos.

Foram desenvolvidas várias atividades grupais, temos o grupo A.M.A.A.R. (de apoio a mães adolescentes e adolescentes em risco de gravidez) e reuniões periódicas de gestantes em escolas, na pastoral da criança e dedicamos um dia do mês o qual é exclusivo das gestantes, geralmente de manhã, onde a sala de espera está repleta de jovens grávidas, compartilhando mutuamente suas experiências, no tempo que esperam ser atendidas pela enfermeira e pelo médico.

O atendimento sempre é simultâneo, passando primeiro pela consulta de enfermagem, e logo pela consulta médica, para finalmente ter uma consulta simultânea com ambos profissionais. A consulta com a Dentista também é realizada no mesmo dia e turno da consulta médicas e de enfermagem, ou seja, que o agendamento sempre é único para as 3 consultas. Esse sistema foi desenvolvido por mim desde que cheguei ao posto.

Por relato dos demais profissionais, antes, os médicos brasileiros não atendiam as gestantes e se resistiam a fazer o pré-natal, fato que gerava brigas entre a enfermeira, a dentista e o Médico, e entre as usuárias e os profissionais.

Em todas as consultas, o exame físico, a medição da pressão arterial, da altura uterina, a palpação abdominal, a auscultação de batimentos cardíacos fetais, e em alguns casos o toque vaginal, são conferidos. Solicitam-se os exames laboratoriais e sorológicos na primeira consulta, e a ecografia obstétrica na quarta consulta do pré-natal.

A prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso são feitas antes da gravidez e dentro do primeiro trimestre. No meu caso, eu também solicito durante o terceiro trimestre, coagulograma e ECG, principalmente em pacientes com fatores de risco para parto por cesárea, como arritmias, HAS, sopros inocentes, transtornos da tireoide, obesidade e diabetes. As usuárias sempre são orientadas sobre alimentação saudável, aleitamento materno, vacinas, controle estrito do peso, PA e glicemia, assim como da importância da consulta odontológica e ginecológica.

Todos os dados são registrados devidamente no cartão da gestante, e qualquer complicação detectada é encaminhada ao serviço de ginecologia ambulatorial da SMS, que funciona como Centro de Apoio à Gestante e à Criança. Urgências e Emergências Ginecológicas e Obstétricas, como pré-eclâmpsia, colelitíase, colecistite, apendicite, ITU complicada, ameaça de aborto, aborto em curso, HAS da gravidez ou parto iminente são encaminhados diretamente para o serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santo Ângelo.

Os casos de pré-natal tardio de alto risco se abordam primeiramente na UBS e são logo encaminhados para uma imediata avaliação ginecológica no Centro de Apoio da SMS. O acompanhamento é feito logo na unidade.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, o cadastramento de dados é feito nos registros dos prontuários médicos e no Livro de Registro de Preventivos e Mamografias, onde são registrados os resultados de ditos exames na UBS. O atendimento é realizado seguindo os Protocolos do Manual do MS sobre Controle do CA de Colo de Útero e Mama, Brasília/DF, ano 2012 e protocolos próprios da equipe e da SMS.

Em relação aos Indicadores de Cobertura, o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na minha área deveria ser de 826 pessoas, sendo o número real segundo os dados que tenho a minha disposição, de 575 mulheres. Isso dá como resultado uma cobertura de aproximadamente 70% do estimado.

Em relação aos Indicadores de Qualidade da Prevenção do Câncer de Colo Uterino, são todos muito satisfatórios: Exame Citopatológico para Câncer de Colo de útero em dia 96%; Exame Citopatológico para Câncer de Colo de Útero com mais de 6 meses de atraso 4%; Exame Citopatológico para câncer de colo de útero alterado 2%; Avaliação de risco para câncer de colo de útero 32%; Orientações sobre prevenção de CA de colo de útero e DSTs 100%; Exames coletados com Amostras Satisfatórias 95%; Exames coletados com Células Representativas da Junção Escamocolunar 97%.

Para conseguir esses níveis de qualidade foram tomadas várias medidas: foi programado um dia específico de cada semana exclusivo para Exame Preventivo e Mamografia, para entrega dos resultados dos mesmos, assim como para consulta médica em relação a dúvidas das usuárias e para casos de patologia suspeita.

As ACS são orientadas a procurar cada paciente uma vez que os resultados de seus exames estão prontos em poder da equipe, logo de serem enviados pelo

centro de apoio à unidade. Dentro da avaliação de risco são incluídas usuárias com antecedentes de DST, corrimento persistente, ITU Complicada Recorrente, promiscuidade sexual, antecedentes familiares de patologia ginecológica maligna, e presença de lesões sugestivas de malignidade.

No caso da alta porcentagem das amostras satisfatórias e representativas na Junção Escamocolunar, devem-se principalmente a boa técnica empregada na coleta do Papanicolau, seguindo critérios da OMS e da FIGO.

A maioria das usuárias realiza o exame preventivo com a enfermeira, se recusam a ser atendidas por enfermeiros ou Médicos, é uma questão cultural, por medo a represálias por parte do parceiro. Eu participo da coleta mais como observador nos casos suspeitos de patologia ou de corrimento abundando ou persistente, apoiando a enfermeira no que for possível.

Foi criado por mim um grupo de Saúde da Mulher e de Saúde e Cuidado das Adolescentes, dentro do qual são realizadas tarefas de promoção e prevenção à saúde, e são sempre dadas orientações sobre DST e sobre a importância da consulta médica, da realização dos exames e dos controles periódicos. As orientações também são dadas individualmente nas consultas e sempre se estimula a participação do casal ou do parceiro, assim como acontece no Pré-Natal.

Tivemos poucos casos de Preventivo sugestivo de patologia neoplásica ou de alterações atípicas (3 casos em 6 meses de trabalho), todos foram devidamente encaminhados para o Ginecologista e o acompanhamento posterior sempre é realizado pela equipe da UBS.

Quanto aos Indicadores de Cobertura do CA de Mama, o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, que deveria ser de 310, é segundo os dados a minha disposição, de 250 mulheres (81% do estimado). Os Indicadores de qualidade desse grupo etário são: Mamografia em dia 90%; Mamografias com mais de 3 meses em atraso 10%; Avaliação de risco para câncer de mama 30% e 100% das usuárias recebem Orientações sobre prevenção do CA de Mama.

Foi difícil obter dados oficiais e de certeza dentro da área de abrangência, porque a unidade não possuía nem médico, nem enfermeira permanentes em anos anteriores, razão pela qual todas as intercorrências e consultas eram encaminhadas pela técnica de enfermagem para outras unidades ou para o hospital e todos os registros e cadastros ficavam no centro de apoio que funciona na SMS.

Para não perder o seguimento das mulheres com resultado do exame preventivo e/ou de mamografia alterados, foi desenvolvido um tipo de consulta rápida em parceria com a equipe de enfermagem. No mesmo dia que recebemos os resultados de ditos exames, solicitamos as ACS que notifiquem as usuárias para elas virem consultar, logo esses exames são analisados por mim e se tiverem algum grau de alteração patológica a paciente passa a consultar sem agendamento prévio no mesmo momento da entrega dos resultados, recebendo tratamento, orientações ou o encaminhamento para o ginecologista ou mastologista se for o caso.

O seguimento das usuárias se faz por meio das visitas domiciliares da equipe e pelo contato com os outros níveis do sistema por onde elas passarem para controle e tratamento (BRASIL, 2010). No caso de pacientes com risco ou alta suspeita de patologia maligna, utilizamos um sistema de referência e contra referência que tem a SMS como Centro de Apoio e ponte, entre a Rede Básica e os níveis superiores.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, o atendimento é realizado seguindo protocolos da OMS, do MS, da SMS e próprios da equipe.

O preenchimento dos indicadores de cobertura e qualidade sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus no caderno de ações programáticas foram realizados utilizando prontuários médicos, registros feitos pela enfermeira e as agentes comunitárias de saúde, e fichas de atividades grupais. A somatória de ditos dados permitiu obter o número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na área, obtendo uma Cobertura de 75% (500 usuários), de acordo com dados obtidos pela equipe, sobre um total estimado de 671.

Em relação aos Indicadores de Qualidade do serviço, 100% dos usuários são avaliados seguindo critérios clínicos de risco cardiovascular, todos recebem orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. 90% tem avaliação buco dental em dia; 75 % tem exames complementares em dia e 30% dos usuários apresenta um atraso de mais de 7 dias nas consultas de controle agendadas.

No caso dos exames complementares, muitas vezes o atraso deve-se à falta ou diminuição da cota de exames da SMS, que em início de 2013 e início de 2014 eram de 8000mil, atualmente baixou para 2000, sendo que o município agora conta com 17 médicos do Programa Mais Médicos. Portanto, os usuários muitas vezes

devem pagar os exames em laboratórios particulares, sendo muitos de origem bem carente e rural, e preferem deixar de lado os exames por questões econômicas.

No caso do atraso nas consultas de controle agendadas, deve-se muitas vezes a usuários de sexo masculino, pedreiros, obreiros e agricultores que não querem admitir doença alguma para não se sentirem menos saudáveis ou menos “homem”, portanto o fator envolvido é cultural, além que muitos trabalham no horário de funcionamento do posto.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece muito adequada à realidade local: 96% da cobertura, 185 usuários. O seguimento e identificação dos usuários diabéticos é uma das políticas estabelecidas por mim. Um dos sinais vitais que são tomadas durante a consulta de enfermagem, além da PA, é o IMC (índice de massa corporal), quando esse Índice supera os 29 kg/m² foi protocolada a realização do HGT. Em mais dos 60% dos usuários com sobrepeso e obesos foi encontrada de forma casual Glicemias de jejum alteradas e Glicemias pós-prandial maior de 200mg/dl (Diagnóstico Confirmatório de Diabetes). Esse protocolo interno da UBS é utilizado durante as visitas domiciliares e as atividades grupais em geral, por tanto, a equipe sempre está literalmente “caçando” diabéticos. Essa é a razão pela qual o indicador de cobertura é tão próximo ao estimado pelo caderno de ações programáticas.

O principal objetivo da “Captura de Diabéticos” é identificar os usuários que estão percorrendo a escada prévia a diabetes, a chamada “Síndrome Metabólica” e os diferentes estágios intermediários da Diabetes Assintomática (HARRISON, 2014).

Essa procura minuciosa e constante por parte da equipe deve-se, como com portadores de HAS, a que os Diabéticos não procuram muito os serviços de saúde, como a saúde bucal, por exemplo. Procuram mais em casos de emergências e urgências e, uma vez resolvida à situação, não retornam para controle, tratamento e seguimento. São usuários difíceis de lidar, rebeldes e fugitivos, razão pela qual as consultas com diabéticos sempre duram mais que as de outros tipos de pacientes.

A busca de Hipertensos se dá em simultâneo com a procura de Diabéticos, devido que a PA é conferida em todo paciente que ingressa na unidade, assim como nas visitas domiciliares e nas atividades coletivas e grupos.

O tratamento farmacológico implementado posteriormente em todos os tipos de usuários é feito sobre o conceito da “Medicina Baseada na Evidencia” e “Uso Racional de Medicamentos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

São dadas orientações de todo tipo aos 100% dos usuários, sobre alimentação, vida saudável e exercício físico regular, 100% recebeu exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e 100% dos usuários tem avaliação de saúde bucal em dia. As orientações são dadas individualmente nas consultas e visitas domiciliares e também dentro de atividades coletivas como palestras e grupos de Hipertensos e Diabéticos (BRASIL, 2013).

O processo de trabalho está em constante evolução. Foi criado um grupo misto e heterogêneo de usuários, denominado P.O.D.E. (inclui pessoas com problemas de Pressão, Obesidade, Diabetes e Envelhecimento), o qual está sempre em crescimento no número de participantes.

A situação do atendimento a idosos na UBS era caótico antes da minha chegada. O atendimento desses usuários está baseado em protocolos do MS e da SMS, assim como em protocolos próprios que seguem as recomendações da OMS.

Os prontuários clínicos estavam todos incompletos, sem diagnósticos, sem resultados de exames complementares solicitados e sem especificar quais medicamentos de uso contínuo eram renovados nas receitas.

A grande maioria dos usuários sofre de Depressão e Transtornos de Ansiedade, Parkinson, Alzheimer, Artrose, HAS, DM, Insuficiência Cardíaca, Transtornos da Glândula Tiroide e de sequelas de AVC ou IAM.

Muitos deles, não consultavam um médico há anos, e as receitas de uso contínuo nunca eram analisadas com critério clínico, nem revisadas ou controladas, eram renovadas mecanicamente, sem importar doses, interações medicamentosas ou Polimedicação. A grande maioria tomava entre 6 e 15 medicamentos diferentes, entre Psicotrópicos, Ansiolíticos e demais Entorpecentes, Drogas Cardiológicas, Analgésicos, Antiácidos, Corticoides e a lista é interminável.

Os idosos diabéticos e hipertensos estavam todos desregulados em seus parâmetros clínicos e laboratoriais, um total abandono reinava nos idosos do território.

Na UBS, programei um registro específico para pessoas idosas, classificados segundo as patologias mais prevalentes por eles sofridas: HAS, DM, Obesidade, Depressão, Ansiedade, Dependência Química e Transtornos da Tiroide, Etilismo, Asma, Tabagismo e DPOC, Demência Senil, Parkinson, AVC, Insuficiência Cardíaca, entre outras. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários

médicos e odontológicos. Há também os espelhos das carteiras de vacinação e o cartão do Idoso, assim como registros especiais dos diferentes grupos.

O indicador de cobertura é de 73% do estimado, ao redor de 300 usuários segundo dados fornecidos pela SMS, sobre um valor de referência, segundo o CAP, de 411. De acordo as estimativas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 85% dos idosos residentes na área estão acompanhados. Temos então uma ótima cobertura.

Os indicadores de qualidade mostram altas porcentagens, porque quando a cobertura é ampla o suficiente, a qualidade do serviço precisa estar em concordância com dita cobertura. Isso se dá porque, uma vez identificados os pacientes, é muito importante para a equipe à manutenção, proteção e recuperação da saúde, senão de nada serve ter uma cobertura ampla, sem qualidade no atendimento integral do paciente.

100% dos idosos recebe Caderneta da pessoa idosa; Avaliação Multidimensional Rápida; Indicadores de fragilização, Orientações sobre Alimentação Saudável e Atividade Física Regular. 84% têm Avaliação Bucal em dia e 86% tem Acompanhamento Clínico em dia. 43% dos idosos apresenta algum transtorno relacionado ao metabolismo dos carboidratos, seja Hiperglicemia de Jejum Aumentada/Intolerância à Glicose, Diabetes I, II ou Síndrome Metabólica e 79% apresenta HAS de algum grau.

O acompanhamento dos idosos é feito através de consultas na UBS, visitas domiciliares e atividades coletivas, como grupos de Hipertensos, Diabéticos, Obesos, Idosos, Depressão e Ansiedade, Dependência Química, Tabagismo, ASMA e DPOC, ente outros.

A grande maioria está com o acompanhamento em dia, os que não estão (14%) é por falta de interesse do paciente nas consultas marcadas e nos grupos ou porque temos áreas rurais e do bairro sem ACS que façam o seguimento desses usuários.

A saúde bucal representa uma grande problemática para os usuários, pelo fato da maioria ser usuários de prótese total bi maxilar, ou próteses parciais e somente procurarem atendimento em casos de urgência (dor e infecção na maioria dos casos). Isso também afeta a nutrição normal dos usuários.

É um grande desafio aumentar a qualidade da saúde bucal dos idosos, o grande problema de infraestrutura, insumos e recursos nessa área, dificulta o

processo de cuidado, mais não por isso eles estão abandonados, o que é possível de ser resolvido por parte da Dentista e por parte do Médico, é feito. Casos mais complicados são encaminhados para atendimento especializado.

É muito importante orientar sobre nutrição normal (alimentação saudável e hidratação contínua) e atividade física aos idosos, essa é uma tarefa desenvolvida integralmente por toda a equipe, tanto nas consultas de enfermagem, odontológicas e médicas.

A saúde mental também é uma grande tarefa desenvolvida pela equipe de estratégia de saúde da família, que reflete diretamente na qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2013).

Considero que a equipe tem 5 grandes desafios pela frente, os 2 mais importantes estão relacionados com a infraestrutura e equipamento da UBS, assim como, os recursos humanos faltantes. O principal é imediato é conseguir completar a equipe com mais ACS, principalmente para os interiores mais afastados, um Guarda de Segurança, Técnica de Enfermagem e um meio de transporte com motorista. Precisamos de forma urgente, reformas estruturais e de equipamento na unidade, ampliação da estrutura física.

O quarto desafio em intensificar as atividades coletivas e de grupos, conseguir mais estagiários para suprir a falta de profissionais e de um NASF que de apoio e suporte as atividades das ESF.

O quinto desafio é manter o moral alto da equipe, além das carências salariais, estruturais, materiais e humanas e o quinto desafio seria manter uma comunicação, unidade, parceria, solidariedade e amizade mais intensa e estreita entre as diferentes UBS e ESF da cidade, para compartilhar experiências e unir forças na hora de reclamar recursos e condições de trabalho dignas para o Gestor Municipal durante as reuniões na SMS. O melhor recurso da minha UBS é o recurso humano, a minha equipe, que consegue bons resultados além das dificuldades, carências e falta de recursos e apoio municipal.

A estratégia mais poderosa da equipe são nossos grupos, os quais são heterogêneos e tentam sempre abarcar o máximo de pacientes e patologias possíveis, tentando dar resposta a cada necessidade da comunidade, sem excluir ninguém, e somando a toda a equipe no processo de trabalho.

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

Existem diferenças substanciais entre os dois textos. O relatório está mais bem elaborado, fundamentado, baseado de forma crítica na realidade do dia a dia na unidade, na organização das atividades, no funcionamento de uma ESF padrão, nos recursos que deveriam existir e na sistematização da coleta de dados, fatores que contribuíram para melhorar e superar essas diferenças. Além disso está a grande dificuldade que foi difícil de superar, na época da elaboração do primeiro texto sobre a situação da minha UBS/ESF, a equipe estava completa devido a que contava com Técnica de Enfermagem, mais depois, no momento de realizar o relatório, já tínhamos perdido dita profissional.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e sanitária adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2006). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2010).

A UBS, Dr. Garibaldi Carrera Machado, está localizada na periferia mais afastada do município de Santo Ângelo/RS, na beira da RS 218, entre o bairro semiurbano “INDUBRAS”, o parque industrial, o cemitério, o aeroporto regional, e a área rural de fronteira com o município de Catuípe/RS. A sua área de abrangência aproxima-se aos 3.000 mil habitantes. Aproximadamente, umas 1.000 pessoas moram em áreas de difícil acesso do interior rural e em colônias limítrofes com o município vizinho. A equipe não está completa, contamos com uma Enfermeira, uma Dentista, um Auxiliar Odontológico, uma “auxiliar de funções múltiplas” (servente) e 5 ACS, das quais uma está em perícia psiquiátrica e outra (a responsável de nossa área mais extensa e crítica, o parque industrial) está grávida e entrará em férias e em licença por gravidez a partir de fevereiro de 2015. Não contamos com ACS para o interior rural, RS 218, e para algumas áreas do bairro Indubras; não temos também Técnica de Enfermagem (mesmo que nos papéis aparece que contamos com dita profissional, na realidade essa pessoa não trabalha na UBS) e também não contamos com guarda de segurança ou chofer. A UBS carece também de apoio de

assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e educador físico. A infraestrutura da unidade é totalmente deficitária, os equipamentos são velhos e carecemos de uma grande variedade de aparelhos fundamentais, levando em conta a distância entre a unidade e o hospital no caso de alguma verdadeira Emergência/Urgência, como tubos de oxigênio, desfibrilador, oxímetro de pulso. Os insumos são escassos, sempre faltam medicamentos e materiais para curativos de enfermagem e material odontológico. Devido ao espaço reduzido da unidade, não contamos com sala de reuniões nem nada parecido a isso, portanto as atividades grupais com idosos e demais grupos são realizadas em salas da escola que fica do lado, em praças, igrejas, fábricas e qualquer local que esteja disponível para o uso da equipe e os usuários.

A população alvo das ações a serem implementadas correspondem à população idosa, ou seja, indivíduos de 60 anos ou mais, os quais representam a grande maioria dos usuários da UBS e da população de abrangência. Até setembro de 2014 tínhamos registrados, por meio de prontuários e cadastros das ACS, 300 usuários idosos dentro da área de abrangência, completando uma cobertura de 73% segundo o Caderno de Ações Programáticas. A adesão às consultas agendadas e atividades programáticas, como grupos e reuniões coletivas é de aproximadamente 70%, mas teve meses que foi bem mais baixa, perto de 35%. Temos, em teoria, 30% de usuários faltosos as diversas atividades realizadas pela equipe, mas dito número pode variar dependendo do mês, é uma coisa difícil de determinar com precisão devido ao fato de que tem meses com mais ou menos participação, mesmo realizando convites e notificações permanentes por parte das ACS e o resto da equipe. A qualidade do serviço prestado à comunidade idosa desde a minha chegada em março de 2014 é variada e integral: avaliação clínica integral, grupos de idosos e de HAS+DM, visitas domiciliares, atividades coletivas ao ar livre.

O projeto de intervenção focado na Saúde do Idoso procura aumentar o grau de cobertura o mais próximo possível de 100% e incrementar também o acompanhamento tanto médico como odontológico o mais próximo possível de 100%, mantendo a qualidade do atendimento e serviços oferecidos e incrementar a adesão dos usuários faltosos às atividades programadas e coletivas. Esses pontos são fundamentais e prioritários para o atendimento médico e odontológico dos idosos, os quais são a faixa etária predominante na nossa área de abrangência. A equipe está envolvida e comprometida em dito processo, com a vontade de melhorar

substancialmente a realidade de nossos usuários. As dificuldades e desafios a enfrentar são muitos: A grande quantidade de idosos do território; a falta de ACS; a falta de acesso a algumas áreas; a falta de interesse pela UBS por parte de alguns moradores que preferem consultar diretamente no Hospital ou com “Médico Brasileiro da Cidade”. Também existem pessoas que se mudam constantemente do bairro e outras áreas do território de abrangência, coisa que também influi e reflete no aumento da demanda espontânea e no esgotamento cada vez maior da nossa capacidade instalada; falta de técnica de enfermagem, mapeamento geográfico e cadastramento incompletos, falta de infraestrutura, insumos e meios de transporte para as visitas domiciliares. Mesmo assim, desde março de 2014 que lidamos com essas carências e dificuldades e a perspectiva é a de melhorar cada dia mais e não desistir de nossas metas e objetivos. A unidade da equipe, a grande qualidade humana de seus integrantes e a vontade de mudar as coisas, assim como, a organização e protocolização das atividades, são nossos pontos fortes que fazem viáveis as ações projetadas, assim como a chave está em solicitar e exigir um apoio constante da SMS e da Prefeitura em atividades de APS dentro de nosso território. O objetivo principal das atividades orientadas para a população idosa é de melhorar a sua qualidade de vida, principalmente pelo fato deles sentirem-se cuidados, protegidos e “inclusos no sistema”, afastando esse sentimento constante de sentir-se excluídos pela Sociedade, o Estado e o Mercado de Trabalho.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da população idosa (adultos maiores de 60 anos) moradores do território de abrangência da UBS Dr. Garibaldi Carrera Machado, da cidade de Santo Ângelo/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Aumentar a cobertura de atenção ao paciente idoso;
2. Melhorar a adesão do paciente idoso às atividades programáticas;
3. Promover à saúde do paciente Idoso;

4. Melhorar a qualidade da atenção ao paciente idoso na UBS;
5. Melhorar o registro das informações referente a população idosa.
6. Promover à saúde do paciente Idoso;
7. Realizar avaliação de risco nos usuários idosos.

Metas

Relativa ao objetivo 1:

1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de abrangência da UBS para 100%.

Relativa ao objetivo 2:

1. Buscar 100% dos usuários idosos faltosos às consultas e atividades programadas/agendadas.

Relativa ao objetivo 3:

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários Idosos.
2. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários idosos.
3. Oferecer orientações sobre Saúde Bucal para 100% dos idosos.

Relativa ao objetivo 4:

1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos usuários idosos do território;
2. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos Idosos;
3. Identificar 100% dos Idosos acamados;
4. Solicitar exames complementares periódicos a 100% dos usuários Idosos com HAS e DM;
5. Realizar visitas domiciliares a 100% dos usuários idosos acamados e com problemas de locomoção;
6. Rastrear 100% de usuários idosos para HAS.
7. Rastrear 100% de usuários idosos hipertensos para DM;

8. 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;
9. Realizar Avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos usuários Idosos;
10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relativa ao objetivo 5:

1. Manter registro específico de 100% dos Idosos cadastrados na UBS;
2. Distribuir Caderneta do Idoso a 100% dos idosos cadastrados.

Relativa ao Objetivo 6:

1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Garibaldi Carrera Machado (INDUBRAS), no Município de Santo Ângelo/RS. Segundo estimativas no território deveria haver 300 pessoas idosas (de 60 ou mais anos de idade), representando 10% da população total. O projeto de intervenção utilizará os protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente os Cadernos de Atenção Básica relacionados a Saúde do Idoso e Envelhecimento. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso e da realidade do serviço na ESF Indubras.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Aumentar a cobertura de atenção ao paciente idoso.

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários idosos para 100%.

Ações:

No eixo monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento da Ação: Vamos realizar monitoramento semanal de novos usuários e de usuários que consultam regularmente e não possuem cartão SUS ou caderneta do idoso, atualizando assim a cobertura. (Responsável: Médico, Enfermeira e ACS).

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Acolher todos os usuários maiores de 60 anos moradores do território de abrangência que procurem atendimento na UBS ou por meio das ACS (demanda induzida e espontânea).

Detalhamento da Ação: Vamos implementar um novo sistema de agendamento e acolhimento adequado às necessidades e demandas dos usuários idosos. Serão realizadas palestras e reuniões com todos os membros da equipe para poder organizar corretamente a demanda induzida e espontânea. (Responsável: Médico e Enfermeira).

Ação: Cadastrar 100% dos usuários idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Realizaremos visitas domiciliares casa por casa com ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde e com transporte providenciado pela SMS, nas áreas sem ACS, identificando e cadastrando os usuários idosos. Responsável: (Médico, Enfermeira, ACS).

No eixo de engajamento público as ações são:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realiza-las na UBS.

Detalhamento da ação: Formação de grupos específicos de idosos. (Responsável: Médico e Enfermeira). Confecção de painéis dentro da UBS com dados, informações e desenhos que mostrem a importância do cuidado da saúde da população idosa. (Responsável: todos os membros da equipe, incluindo estagiárias e acadêmicos). Realização e organização de palestras. Responsável: (Médico e Enfermeira, ACS).

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na UBS.

Detalhamento da Ação: Realizar estratégias e campanhas de promoção do Programa do Idoso durante as visitas domiciliares com entrega de folders informativos. Responsável: Toda a equipe.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica as ações são:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento à população idosa.

Detalhamento da ação: Realizaremos reuniões de equipe periódicas onde se falará sobre o acolhimento do idoso e qual é a melhor forma de encarar o paciente idoso. Responsável: Médico.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários que vão surgindo da busca ativa

Detalhamento da ação: Realizar reuniões com o objetivo de capacitar as ACS sobre o processo de cadastramento, preenchimento da Caderneta do Idoso, e obrigatoriedade do Cartão SUS para os usuários que consultam a UBS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento da Ação: planificar estratégias de busca ativa durante as reuniões de equipe, semanalmente, durante a entrega da produção das ACS na UBS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Capacitação da equipe de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento da Ação: utilizando os protocolos estabelecidos pelo MS e as portarias correspondentes serão dadas palestras dentro da UBS para toda a equipe a respeito da Política Nacional de Humanização em Saúde. Responsável: Médico e Enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do paciente idoso às atividades programáticas.

Metas 2. Buscar 100% dos usuários idosos faltosos às consultas e atividades programadas.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Avaliar cada um dos usuários faltosos na UBS e durante visitas domiciliares, assim como também resultados dos exames complementares, prontuários médicos e registro de usuários idosos e de membros ativos dos grupos. Responsável: Médico. Revisar o registro de planificação das consultas agendadas toda sexta-feira de tarde, durante o resumo de expediente semanal da UBS, podendo assim identificar usuários faltosos. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de organização e gestão do serviço as ações são:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento das Ações: Planejamento junto com as ACS de visitas domiciliares semanais, orientadas para buscar os usuários faltosos. Responsável: Médico, Enfermeira, ACS.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares

Detalhamento das Ações: organização da agenda semanal de consultas todas as segundas de tarde, deixando espaço na mesma para as consultas dos usuários que surgirem das buscas ativas domiciliares. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de engajamento público as ações são:

Ação: Informar a comunidade idosa sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da Ação: Informar e educar, por meio de visitas domiciliares, palestras, reuniões e consultas na UBS, aos usuários idosos e seus familiares, da importância do cuidado da saúde de ditos usuários e da fragilidade da sua condição e da necessidade de acompanhamento regular na UBS. Responsável: Médico, Enfermeira e Dentista.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos)

Detalhamento da Ação: realizar debates durante as reuniões do grupo de idosos e escutar aos usuários e familiares sobre como evitar a evasão dos usuários das atividades programáticas, se o número de faltosos for excessivo (mais de 50% dos integrantes habituais dos grupos e atividades). Responsável: A equipe toda.

Ação: Esclarecer aos idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Detalhamento da Ação: durante as palestras e reuniões dos grupos de idosos e também durante as consultas médicas e de enfermagem, serão dadas as orientações sobre a periodicidade preconizada pelos protocolos e manuais técnicos do MS. Responsável: Médico, Enfermeira e Dentista.

No eixo de qualificação da prática clínica as ações são:

Ação: Treinar as ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: Durante as reuniões quinzenais de equipe, serão dadas as orientações para as ACS, seguindo os manuais técnicos de saúde do paciente idoso do MS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da Ação: Debater durante as reuniões de equipe a periodicidade das consultas Médicas, de Enfermagem e Odontológicas dos Idosos, seguindo os protocolos do MS e levando em consideração a capacidade instalada da UBS.

Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

Objetivo 3. Promover a Saúde do Paciente Idoso.

Metas 3.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários Idosos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito semanal e quinzenalmente a traves das fichas espelho e da planilha eletrônica

Responsáveis: Médico, Enfermeira, Dentista.

Ação: monitorar o número de idosos com Obesidade/Desnutrição.

Detalhamento da Ação: pesar, medir e usar medidas antropométricas (IMC) e HGT durante as consultas na UBS. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe (cada 15 dias) serão definidas o tipo de orientações para cada membro da equipe. Responsáveis: A equipe toda.

No eixo de engajamento público a ação é:

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da ação: dar palestras durante os grupos e orientações durante as visitas domiciliares e as consultas, sobre alimentação saudável. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

No eixo de qualificação da prática clínica é:

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”.

Detalhamento da Ação: dar palestras e orientações gerais durante as reuniões de equipe utilizando os protocolos específicos do MS sobre alimentação saudável. Responsável: Médico, Dentista, Enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos com HAS e ou DM.

Detalhamento da Ação: Utilizando os protocolos específicos do MS sobre manejo de usuários Idosos, HAS e DM, dar orientações sobre nutrição normal nesses usuários durante as reuniões quinzenais de equipe. Responsável: Médico.

Meta 3.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas Médicas, de Enfermagem e odontológicas e as visitas domiciliares será monitorada e avaliada a realização das orientações fazendo uso das fichas espelho e a planilha eletrônica. Responsável: Médico, Enfermeira e Dentista.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas Médicas e de Enfermagem, e os grupos de idosos será monitorada e avaliada a realização das orientações fazendo uso das fichas espelho, da planilha eletrônica, dos prontuários e da Caderneta do Idoso. Responsável: Médico e Enfermeira.

No Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento da Ação: O Médico e a Enfermeira serão os responsáveis de dar as orientações para a prática regular de atividade física.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento da Ação: Será enviada uma carta, com prévia autorização da SMS, para as universidades locais (URI e IESA) para o envio de estagiários e acadêmicos do último ano de formação dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, a fim de organizar uma parceria de Educação em Saúde durante os grupos de idosos e atividades coletivas ao ar livre. Responsável: Médico e Enfermeira.

No Eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas Médicas, visitas domiciliares e Grupos de Idosos, os usuários e seus familiares serão orientados sobre a importância e os benefícios da prática regular de atividade física, não só para os idosos, senão também para a comunidade toda. Responsável: Médico, Enfermeira e Estagiários.

No Eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento da Ação: O Médico capacitará a Enfermeira e estagiários em geral, sobre como orientar corretamente aos usuários idosos e suas famílias sobre a importância da prática regular de atividade física.

Meta 3.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

No Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da Ação: O monitoramento será durante as consultas médicas e de enfermagem, e nas reuniões quinzenais dos grupos de idosos, fazendo uso das fichas espelho, planilha eletrônica, caderneta do idoso e os prontuários. Responsável: Médico e Enfermeira.

No Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da Ação: Definir como tempo médio de consultas tanto Médica como Odontológica de 20 Minutos, seguindo as recomendações da OMS e levando em consideração cada caso em particular. Responsáveis: Médico, Enfermeira e Dentista.

No Eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas Médicas e Odontológicas, visitas domiciliares e grupos de idosos, a equipe fornecerá orientações gerais sobre Higiene Bucal e de Próteses dentárias para os usuários e suas famílias. Responsável: Médico, Enfermeira e Dentista.

No Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento da Ação: a equipe de saúde bucal capacitará aos demais profissionais da ESF e estagiários sobre como oferecer orientações sobre higiene bucal e de próteses dentárias.

Objetivo 4. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente idoso na UBS

Metas 4.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, pelo menos anual, em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento da ação: a monitorização será realizada semanalmente durante as visitas domiciliares e as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da AMDR em todos os idosos.

Detalhamento da ação: Solicitar à SMS os instrumentos necessários para tal fim: balanças, antropômetro, tabela de Snellen e manter em ótimas condições se já existem na UBS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na AMDR dos idosos.

Detalhamento das Ações: Durante as reuniões de equipe serão definidas e debatidas as funções de cada profissional da equipe na AMDR. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de engajamento público a ação é:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento da ação: Dentro das atividades grupais e das consultas Médicas e de Enfermagem serão repassadas ditas orientações. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da Ação: durante as palestras nos grupos de idosos, serão dadas orientações sobre o controle social da comunidade sobre as atividades na UBS. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

No eixo de qualificação da prática clínica é:

Ação: Capacitar aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação: Realizar palestras de capacitação, durante as reuniões quinzenais de equipe, seguindo os protocolos sobre Saúde do paciente Idoso do MS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da AMDR.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões quinzenais de equipe serão dadas orientações e palestras sobre AMDR, seguindo os protocolos específicos do MS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe serão especificados os casos onde os profissionais deverão encaminhar diretamente para o Médico avaliar ou quando o próprio Médico decida encaminhar para especialista. Responsável: Médico.

Meta 4.2: 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.

No Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Realizar o exame físico completo dos idosos pelo menos 1 vez cada 2 meses, durante as consultas médicas de controle ou nas consultas médicas para renovar receita. Responsável: Médico.

No Eixo de Organização e Serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos com HAS e/ou DM.

Detalhamento da Ação: será responsabilidade do Médico a realização do exame físico completo durante as consultas médicas programadas para tal fim, pelo menos 1 vez a cada 2 meses ou na hora de renovar receita.

Ação: Garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento da Ação: por meio da busca ativa, garantiremos a realização de exame clínico completo nos usuários que não costumam consultar na UBS e todos aqueles que surgirem dos novos cadastramentos das ACS. Responsável: Médico, Enfermeira, ACS.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativas.

Detalhamento da Ação: Deixar sempre espaço na agenda semanal para usuários surgidos das visitas domiciliares durante as buscas ativas de usuários no território. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento da Ação: serão encaminhados para atendimento especializado todo paciente com sinais e sintomas de Neuropatia Diabética ou Pé Diabético. Responsável: Médico.

No eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da Ação: durante os grupos e as visitas domiciliares será ressaltada a importância do controle da HAS e da DM, dos riscos de não cumprir os tratamentos e do impacto que sofrem os membros inferiores por causa de ditas doenças. Responsável: Médico, Enfermeira, ACS, estagiários.

No eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das Ações: Durante as reuniões de equipe o Médico capacitará a Enfermeira sobre aspectos gerais do exame físico de idosos. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da Ação: Durante as reuniões de equipe, os profissionais serão capacitados pelo Médico no que diz respeito ao registro de dados surgidos pelo exame clínico durante as consultas. Responsável: Médico.

Metas 4.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

No eixo do Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas médicas programadas, e logo da revisão do prontuário do paciente, solicitar exames complementares na totalidade dos usuários idosos com HAS e/ou DM, levando em consideração os protocolos do MS, a cronologia de exames anteriores, a situação clínica do paciente e a cota mensal de exames disponibilizados pela SMS para as UBS/ESF do município. Responsável: Médico.

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da Ação: durante as consultas programadas, as atividades grupais e as visitas domiciliares, monitoraremos quantos usuários possuem exames laboratoriais em dia utilizando as fichas espelho, as planilhas eletrônicas e as cadernetas do idoso. Responsável: Médico, Enfermeira e ACS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da Ação: o Médico emitirá o laudo de solicitação de exames laboratoriais segundo o protocolo estabelecido pela UBS.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento da Ação: por meio da apresentação do projeto de intervenção para o gestor municipal e a coordenação das ESF de Santo Ângelo/RS, realizaremos as gestões que fossem necessárias para garantir a maior agilidade possível (dentro das possibilidades do sistema de saúde municipal) na realização dos exames complementares. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento da Ação: criar um registro específico para o cadastramento da pontualidade da realização dos exames, e se existir atraso ou impossibilidade de realizar o exame de forma gratuita informar ao gestor municipal para que tome as providências necessárias. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da Ação: durante os grupos e as consultas programadas, informaremos sobre a importância da realização de exames complementares em idosos diabéticos e hipertensos, para um correto seguimento da evolução clínica do paciente. Responsável: Toda a equipe.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da Ação: durante as consultas e os grupos de idosos explicaremos sobre a periodicidade, segundo os protocolos do MS, para a realização de exames complementares. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da Ação: Informar para a equipe o protocolo adotado pelo médico em relação a solicitação de exames complementares. Responsável: Médico.

Meta 4.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento da Ação: no momento de renovar as receitas durante as consultas agendadas, durante as reuniões nos grupos e nas visitas domiciliares pesquisaremos se os medicamentos de uso contínuo dos idosos estão dentro da lista de medicamentos oferecidos pela rede SUS/RENAME, de acesso livre e gratuito nas UBS, SMS, SES e nas Farmácias Populares. No caso de usar medicação específica de especialista, observar se existe genérico da droga e receitar o genérico toda vez que o paciente precise renovar o medicamento. Serão utilizadas as fichas espelhos, a planilhas eletrônicas e as cadernetas do idosos para tais fins. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da Ação: 1 vez por mês se fará revisão de estoque da farmácia do posto, incluindo validade e quantidade, fazendo ênfase em medicamentos de uso contínuo em idosos. Responsável: Toda a Equipe.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: durante a revisão de estoque mensal, será feito um registro específico de medicamentos de uso contínuo de usuários idosos com HAS e DM. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da Ação: durante os grupos e consultas médicas, explicaremos sobre direito de livre acesso aos medicamentos em forma gratuita dentro da Rede SUS, tanto em UBS como em Farmácias da SMS e Populares. Responsável: Médico.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento da Ação: estudar os protocolos do MS sobre HAS e DM e aplicar esses protocolos segundo a realidade da UBS. Responsável: Médico.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe, capacitar os profissionais sobre a rede de medicamentos SUS/RENAME e dentro das Farmácias Populares, que são de acesso gratuito para os usuários. Responsável: Médico.

Meta 4.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento da Ação: durante as visitas domiciliares semanais e durante as reuniões de equipe quinzenais será monitorado o número de usuários acamados ou com problemas de locomoção fazendo uso das fichas espelho, planilhas eletrônicas e cadernetas do idoso, assim como dos prontuários. Responsável: Médico, Enfermeira e ACS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento da Ação: Fazendo uso da lista obtida na ação anterior, será realizado um registro específico para idosos acamados e com problemas de locomoção, assim como também de suas famílias. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento da Ação: por meio das ACS e das palestras nas reuniões do grupo de idosos, informaremos a comunidade sobre a existência de um Programa de Saúde do Idoso na UBS, explicando em que consiste o mesmo e quais os benefícios de participar nele. Responsável: Médico, Enfermeira e ACS.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe, orientaremos as ACS para o cadastramento específico de usuários idosos com problemas de locomoção ou prostrados, e suas famílias, dentro do território de abrangência. Responsável: Médico e Enfermeira.

Meta 4.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da Ação: fazendo uso das planilhas eletrônicas e das fichas espelho e caderneta do idoso será monitorado semanalmente a realização de visita domiciliar nos usuários acamados ou com problemas de locomoção por parte das ACS. O controle será feito no dia de entrega da produção semanal das ACS. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da Ação: fazendo uso do registro de usuários acamados e com dificuldades de locomoção, organizar a agenda mensal da equipe, para poder realizar no mínimo 1 visita cada 15 dias (2 visitas/mês) nos idosos acamados e suas famílias. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento da Ação: por meio das ACS e durante as palestras nos grupos, explicar a comunidade em quais casos os usuários idosos e suas famílias podem solicitar visita domiciliar da equipe, lembrando que atendimento domiciliar específico de Urgência/Emergência faz parte dos serviços da Rede SAMU. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da Ação: durante as palestras nos grupos de idosos e durante as visitas domiciliares e consultas agendadas, os usuários e seus familiares serão informados da disponibilidade de visitas domiciliares para usuários acamados e deficientes físicos. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe, as ACS serão orientadas sobre o controle semanal do registro de idosos acamados ou com problemas de locomoção e do acompanhamento regular que esses usuários precisam. Responsável: Médico, Enfermeira e ACS.

Ação: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento da Ação: Durante as palestras de capacitação dentro das reuniões de equipe, as ACS serão orientadas para o devido reconhecimento dos casos que precisem de visita domiciliar, seguindo os protocolos adotados pela unidade. Responsável: Médico e Enfermeira.

Meta 4.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No eixo do Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento da Ação: monitoraremos durante as consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, durante as visitas domiciliares e grupos de idosos a PA dos usuários que no registro periódico de PA do cartão do idoso não apresentem HAS, pelo menos 1 vez por mês ou em cada renovação de receita (cada 3 ou 4 meses segundo o tipo de medicamento a renovar). Registrando a Informação nas planilhas eletrônicas. Responsável: Toda a equipe.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento da Ação: capacitar a equipe para um melhor e mais efetivo acolhimento do paciente idoso hipertenso, deixando espaço na agenda semanal para controle da PA nos usuários que o solicitarem. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: manter corretamente calibrados os aparelhos de toma da PA e o resto dos materiais necessários, se algum não estar em condições de funcionamento solicitar troca e equipamentos novos ao gestor municipal. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões dos grupos de idosos e as visitas domiciliares, explicaremos aos usuários e familiares da importância do controle e tratamento da PA na população idosa para ter uma boa qualidade de vida. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento da Ação: durante as consultas medicas, grupos e visitas domiciliares informaremos aos usuários e seus familiares sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e os riscos de não tratar a doença já estabelecida. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe capacitar os profissionais na correta toma de PA e no uso dos diferentes aparelhos disponíveis. Responsáveis: Médico e Enfermeira.

META 4.8: Rastrear 100% de usuários idosos hipertensos para DM

No eixo de monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo mensalmente).

Detalhamento da Ação: monitorar durante as consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, visitas domiciliares e grupos de idosos a PA dos usuários que no registro periódico de PA do cartão do idoso apresentem diagnóstico de Pré-HAS ou HAS para DM, pelo menos 1 vez por mês ou em cada renovação de receita (cada 3 ou 4 meses segundo o tipo de medicamento). Responsável: Toda a equipe.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento da Ação: Fazendo uso dos protocolos do MS “Acolhimento a Demanda Espontânea” e sobre DM e HAS, capacitar a equipe para um correto e efetivo acolhimento dos usuários idosos com DM, o qual incluirá espaço na agenda semanal para ditos usuários e toma de PA e HGT em todas as consultas e atividades grupais. Responsável: Médico.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: garantir por meio da coordenação das ESF na área de insumos e infraestrutura, a provisão dos aparelhos de HGT, as pilhas e as fitas reativas para o uso na UBS. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar 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.

Detalhamento da Ação: durante as palestras nos grupos, visitas domiciliares e consultas agendadas, explicaremos sobre a importância do controle, diagnóstico e tratamento da HAS em usuários idosos com DM ou do controle a acompanhamento de usuários com diagnóstico de HAS. Responsável: Médico.

Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento da Ação: durante as palestras nos grupos, as visitas domiciliares e as consultas agendadas alertar a comunidade idosa e seus familiares sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM (tipo 2). Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe a equipe será orientada para realização do HGT a idosos Pré-HAS e com diagnóstico de HAS. Responsável: Médico e Enfermeira.

Meta 4.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

No eixo do Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento da Ação: encaminhar para a equipe de saúde bucal todos os usuários idosos que precisem ou solicitem tratamento odontológico ou encaminhamento para ortodontista. Responsável: Médico, Enfermeira e ACS.

No eixo de Organização e Gestão de Serviço:

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento da Ação: solicitar a equipe de saúde bucal que idosos tenham prioridade no agendamento semanal de atendimento odontológico. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista e Auxiliar Odontológico.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões dos grupos e durante as visitas domiciliares reforçaremos as orientações a usuários e familiares, junto a equipe de saúde bucal, da importância do controle e cuidado da saúde bucal em idosos. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista, Auxiliar de Dentista, ACS.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de equipe, o Médico e a Dentista ofereceram orientações a equipe sobre como avaliar a saúde bucal ou o estado dental dos usuários idosos para assim encaminhá-los para atendimento odontológico. Responsável: Dentista e Médico.

META 4.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento da Ação: elaborar junto com a equipe de saúde bucal um registro de seguimento dos usuários idosos em acompanhamento ou tratamento continuado durante o período da intervenção (4meses). Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista e Auxiliar de Dentista.

No eixo de Organização e Gestão de Serviço:

Ação: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento da Ação: analisar os dados da produção mensal da equipe de saúde bucal e avaliar o tipo de consultas realizadas: Urgências odontológicas, reparações, ortodontias, encaminhamentos, cirurgias dentais, demanda espontânea, etc., para poder determinar o nível de uso da capacidade instalada odontológica. Responsável: Dentista, Auxiliar de Dentista, Enfermeira, Médico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento da Ação: organizar a agenda semanal de atendimento odontológico dando prioridade aos idosos. Responsável: Dentista, Médico, Auxiliar de Dentista, Enfermeira.

No Eixo do Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Detalhamento da Ação: durante as visitas domiciliares, consultas medicas, odontológicas, de enfermagem e atividades coletivas, informar aos usuários e a comunidade em geral sobre que o programa de atenção à saúde do idosos existente na UBS da prioridade não só no atendimento médico, senão também no atendimento odontológico. Responsável: A equipe toda.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento da Ação: durante as visitas domiciliares, grupos e consultas em geral, levar em consideração as sugestões da comunidade para a captação dos usuários idosos que precisem de acompanhamento odontológico, sobre todos os habitualmente faltosos. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

No eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento da Ação: seguindo a recomendações da equipe de saúde bucal e os protocolos específicos do MS, capacitar mediante palestras nas reuniões de equipe, para que os usuários sejam corretamente identificados, cadastrados e encaminhados para o atendimento odontológico. Responsável: Dentista e Médico.

Ação: Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento da Ação: orientar a equipe de saúde bucal sobre a série de encaminhamentos para atendimento odontológico que surgiram da busca ativa de novos usuários idosos e da necessidade da realização da primeira consulta programática e protocolar para ditos usuários. Responsável: Médico e Enfermeira.

Objetivo 5. Melhorar o registro das informações.

Meta 5.1. Manter um registro específico de 100% dos usuários idosos.

No eixo de Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento da ação: Revisar pelo menos 2 vezes por mês os registros de idosos acompanhadas na UBS, verificando se estão atualizados. Responsável. Médico, Enfermeira, Dentista, ACS.

No eixo organização e gestão do serviço as ações são:

Ação: Implantar uma planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento da Ação: criaremos um registro/planilha dos usuários idosos para assim monitorar o fluxo e tipo de consultas de ditos usuários. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões de combinar com a equipe o registro das informações na planilha/registro do idoso. Responsável: Toda a equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da Ação: durante a primeira reunião de equipe antes de iniciar a intervenção, definir quem será o responsável por monitorar os registros de idosos e a caderneta do idoso. Responsável: Toda a equipe.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento das ações: dentro do próprio registro do idoso, deixar espaço para atividades de controle, monitorização e avaliação da conduta e evolução clínica do paciente em relação as consultas Médicas e Odontológicas, as atividades grupais e coletivas, tratamentos contínuos ou não, e pontualidade nas consultas. Responsável: Médico, Dentista e Enfermeira.

No eixo de engajamento público a ação é:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: durante as atividades grupais, visitas domiciliares e consultas em geral, fazer ênfase que o paciente tem direito de acesso livre a sua informação clínica e ao segredo/sigilo médico da sua situação e de seus dados cadastrais, assim como direito a ter um atestado da sua condição clinica ou diagnostico e a uma segunda via de seus papeis, documentos e registros que existam na UBS. Responsável: Médico, Enfermeira e Dentista.

No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento da ação: Realizaremos palestras de capacitação durante as reuniões de equipe sobre o preenchimento dos registros e da caderneta do idoso. Responsável: Médico e Enfermeira.

META 5.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento da Ação: Durante as consultas em geral, visitas domiciliares, atividades grupais controlar que a caderneta do idosos esteja devidamente preenchida e atualizada, assim como orientar que sempre seja trazida nas consultas. Responsável: Médico, Enfermeira, Dentista, ACS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento da Ação: solicitaremos a coordenação das ESF da SMS cadernetas suficientes para a população do bairro, as cadernetas serão solicitadas mensalmente junto com os insumos e medicamentos do estoque. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento da Ação: durante as consultas em geral, grupos e visitas domiciliares os usuários e seus familiares serão orientados sobre a relevância da Caderneta do Idoso na hora de consultar com profissionais dos outros níveis dentro da Rede SUS, especialistas e rede hospitalar. Responsáveis: Médico e Enfermeira.

Na Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento da Ação: na primeira reunião de equipe antes de iniciar a intervenção, capacitar a equipe sobre seu correto preenchimento e sobre a importância dos dados que contém. Responsáveis: Médico e Enfermeira.

Objetivo 6: Realizar avaliação de risco nos usuários idosos.

Meta 6.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento da Ação: por meio das visitas domiciliares, das consultas agendadas e os grupos serão identificados e registrados os usuários com maiores fatores de morbimortalidade, e fazer um acompanhamento mais personalizado desses usuários por meio das ACS e as visitas domiciliares. Responsável: Toda a Equipe.

No Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento da Ação: terão prioridade no agendamento semanal das consultas e nas visitas domiciliares os usuários idosos com maior risco de morbimortalidade. Responsável: Toda a equipe.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento da Ação: durante as consultas médicas, as visitas domiciliares e os grupos, os usuários serão orientados sobre o nível de risco e sobre a importância do acompanhamento clínico frequente se for elevado. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento da Ação: Usando os protocolos do MS adotados pela equipe, a mesma será instruída para identificação e registro do nível risco de morbimortalidade do idoso. Responsável: Médico.

Meta 6.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento da Ação: por meio das visitas domiciliares e as consultas médicas, serão monitorados os usuários com indicadores de fragilização da velhice, seguindo os protocolos adotados pela unidade. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo de Monitoramento e Gestão do Serviço:

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da Ação: Será prioritário o atendimento de usuários fragilizados na velhice, tanto no agendamento, como na demanda espontânea. Responsável: Médico e Enfermeira.

No eixo do Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento da Ação: durante as visitas domiciliares, grupos e consultas em geral, os idosos e suas famílias serão orientados sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos níveis altos de fragilidade. Responsável: Médico e Enfermeira.

No Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento da Ação: fazendo uso dos protocolos do MS adotados pela unidade, os profissionais serão capacitados para identificar e registrar os indicadores de fragilização da velhice. Responsável: Médico.

Meta 6.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

No eixo do Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões quinzenais de equipe e durante a entrega de produção por parte das ACS, avaliaremos se todos os usuários estão

sendo avaliados, durante as visitas domiciliares, em relação a rede social. Responsável: Médico e Enfermeira.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da Ação: A equipe seguirá por perto os usuários identificados com rede social deficiente, já seja por meio das ACS ou por um regime de visitas domiciliares mensais da equipe. Responsáveis: Toda a Equipe.

No Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da Ação: organizar a agenda semanal e quinzenal de consultas e visitas domiciliares, para facilitar o agendamento de usuários com rede social deficiente. Responsável: Médico e Enfermeira.

No Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento da Ação: durante os grupos de idosos e as visitas domiciliares a equipe explicará aos usuários e seus familiares como ter acesso ao atendimento prioritário na UBS. Responsável: Toda a Equipe.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento da Ação: durante os grupos e as palestras estimularemos a comunidade em geral na promoção da inclusão social da pessoa idosa por meio da formação de grupos de apoio e de terapia comunitária orientadas ao idoso. Responsável: Toda a Equipe.

No Eixo da Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento da Ação: durante as reuniões quinzenais de equipe, serão dadas palestras de capacitação dentro da equipe utilizando os protocolos adotados pela UBS em Saúde do Idoso, para saber avaliar a rede social dos idosos. Responsável: (Médico e Enfermeira).

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do atendimento ao paciente idoso.

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Objetivo 2. Melhorar a adesão do paciente idoso às atividades programáticas.

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

Indicador 2.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 3: Promover a Saúde do Paciente Idoso.

Meta 3.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador 3.1: Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador 3.1: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Indicador 3.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador 3.2: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador 3.2: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicadores: 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.

Objetivo 4. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente idoso na UBS.

Meta 4.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

Meta 4.2. 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.

Indicadores: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

Meta 4.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

Meta 4.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 4.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

Meta 4.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 4.4: 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 4.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Meta 4.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 4.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

Meta 4.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 4.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

Meta 4.9: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4.9: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 5.0: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 5.0: 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 5.1: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Objetivo 5: Melhorar o registro das informações referente a população idosa.

Meta 5.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

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

Meta 5.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Objetivo 6: Realizar avaliação de risco nos usuários idosos.

Meta 6.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicadores:

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

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

Meta 6.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: 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 6.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador: 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.

2.3.3 Logística

Para poder realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso, vamos adotar os seguintes Manuais Técnicos do MS: Caderno de Atenção Básica Nº19, “*Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*”, Brasília, DF, Ano 2006 e o Vol. 12 da Série de Pactos pela Saúde 2006, “*Atenção à Pessoa Idosa e Envelhecimento*”, Brasília, DF, Ano 2010; Caderno de Atenção Básica Nº28, “*Acolhimento a Demanda Espontânea, queixas mais comuns da Atenção Básica*”, Vol. I, ano 2011, Brasília, DF e Vol. II, Brasília, DF., ano 2013; Caderno de Atenção Básica Nº34, “*Saúde Mental*”, ano 2013, Brasília, DF; Cadernos de Atenção Domiciliar Vol. I e II, Brasília, DF; “*Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014*”; Caderno de Atenção Básica Nº 29, “*Rastreamento*”, ano 2010, Brasília, DF; Caderno de Atenção Básica Nº 35, “*Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*”, ano 2014, Brasília, DF; Caderno de Atenção Básica Nº 36, “*Diabetes Mellitus*”, ano 2013, Brasília, DF; Caderno de Atenção Básica Nº 37, “*Hipertensão Arterial Sistêmica*”, ano 2013, Brasília, DF. Alguns disponíveis na UBS e outros no arquivo da SMS.

Utilizaremos as fichas espelho específicas para idosos e a Cadernetas de Saúde do Idoso do MS, além dos prontuários médicos e cópias de laudos de exames complementares. Serão impressas, na SMS, 300 fichas espelhos por parte da enfermeira e serão solicitadas 300 Cadernetas do Idoso. A enfermeira registrará todos os dados coletados nas diferentes cadernetas. Será realizada a busca ativa de usuários e convocação de usuários faltosos através ACS e por via telefônica (utilizando celulares dos funcionários) e nos casos possíveis, via E-mail (utilizando internet dos celulares dos próprios funcionários sempre e quando exista sinal disponível).

Para identificar os faltosos, solicitaremos o apoio das ACS que farão uma lista dos usuários faltosos de cada setor a seu cuidado. Logo serão avaliados os registros e prontuários dos mesmos com posterior transcrição das informações necessárias, ao mesmo tempo será feito o monitoramento dos exames atrasados. Será disponibilizado agendamento prioritário para consultas desses usuários.

Quanto ao monitoramento e avaliação das ações, a análise dos registros e prontuários será realizada pelo médico e a enfermeira da equipe. A enfermeira, quinzenalmente, vai monitorar a cobertura das ações. A falta de prontuários eletrônicos e a falta de acesso à internet dificulta tanto o monitoramento como o

registro das informações, razão pela qual todos os procedimentos adotados serão por via manual, com ajuda dos acadêmicos de enfermagem e psicologia que fazem estágio voluntário e supervisionado na UBS. Serão coletadas todas as informações pertinentes que permitam avaliar a evolução do paciente ao longo da intervenção: registro de sinais vitais periodicamente, controle de medicações, controle de obediência ao tratamento, vigência das receitas, apoio familiar para a tomada ou aplicação de medicamentos, núcleo familiar e entorno social, entre outros.

Quanto as ações de organização e gestão dos serviços, o acolhimento do paciente, será realizado por toda equipe que, após ouvir sua queixa, fará o encaminhamento necessário, seja para o Médico, a Enfermeira ou a Dentista. O cadastro dos idosos será realizado pelas ACS e pela enfermeira em formulários específicos da SMS, os quais se manterão sempre atualizados. As visitas domiciliares para convocação de usuários faltosos serão realizadas pelas ACS, o Médico, a Enfermeira e a Dentista. Pactuaremos com a SMS o fornecimento adequado de transporte e recursos específicos, como também de todos elementos necessários para a realização das atividades: computadores, xérox, material para impressão, folders, panfletos, acesso aos meios de comunicação locais para divulgação do programa de saúde do idosos, etc. A escola municipal, que fica do lado da unidade, ofereceu suas instalações para as reuniões de grupos e demais atividades coletivas, assim como nos providenciará amavelmente sua sala de áudio e vídeo e o sistema de data show.

As ações de engajamento público serão realizadas através das visitas domiciliares, das palestras, das consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, e dos grupos, onde cada membro da equipe vai ter a responsabilidade de desenvolver temas relacionados a saúde do idoso. A conscientização social da comunidade será feita por meio da fala direta com as famílias dos usuários e com os usuários durante as reuniões quinzenais dos grupos de idosos, os quais estarão coordenados e dirigidos pela Enfermeira e pelo Médico, com o apoio de estagiários dos cursos de Psicologia e Enfermagem. Serão utilizados materiais de vídeo e documentais nas palestras, assim como material gráfico, revistas e textos elaborados pela própria equipe.

No eixo de qualificação da prática clínica, o Médico e a Enfermeira, realizarão capacitações à equipe a respeito dos diferentes protocolos e temas relacionados ao projeto, além de reuniões quinzenais com toda a equipe sobre questões específicas

do projeto e do funcionamento geral da UBS. Também serão utilizados, para a capacitação da equipe, documentários e material bibliográfico atualizado e adaptado para a realidade brasileira.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Contato com o gestor municipal e membros da secretaria de saúde para falar sobre a ação programática e solicitar apoio e os recursos necessários.	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Capacitação da equipe para o acolhimento das demandas.	X															
Capacitação das ACS para busca ativa dos usuários faltosos as consultas programadas e atividades coletivas.	X	X	X													
Organizar sistema de registros, fichas espelhos e prontuários que vai ser utilizados na ação programática.	X															
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de saúde do idoso do MS.	X	X	X													
Capacitar a equipe para oferecer orientação sobre prática de atividade física, nutrição saudável, prevenção da saúde, saúde bucal, DM e HAS.	X	X	X													
Fazer painéis para colocar na UBS e na comunidade com informações do projeto saúde do idoso.	X	X	X													
Cadastramento de todas os usuários da busca ativa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Fazer planificação (agendamento) das consultas dos novos usuários da busca ativa.	X			X			X			X		X				
Busca ativa dos faltosos as consultas e exames complementares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Atendimento clínico dos usuários com HAS e DM.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Avaliação odontológica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Contato com liderança comunitária para falar sobre o projeto de intervenção e solicitar apoio para as estratégias que serão implementadas.	X		X		X		X		X		X					
Grupos de Idosos.		X		X		X		X		X		X				
Realizar atividades de educação em saúde do idoso, focadas na atividade física, exames de controle, sinais de alarma, fatores de risco, alimentação saudável, prática de atividade física, etc.		X		X		X		X		X		X				
Revisar medicamentos, controle de estoque e fazer pedido de medicamentos e materiais a secretaria de saúde.	X			X			X			X		X				
Revisar prontuários, e registros de usuários do projeto.	X			X			X			X		X				

3 Relatório da Intervenção

O projeto de intervenção tratou sobre a “Melhoria da Atenção à Saúde do Paciente Idoso (pessoas de 60 ou mais anos) no Bairro INDUBRAS da cidade de Santo Ângelo/RS”. Na área de abrangência da unidade existem oficialmente 3.000 pessoas cadastradas, das quais aproximadamente 300 (10%) são idosas. No entanto, durante os 3 meses que durou a intervenção, esta focalizou-se mais na população do território com cobertura das ACS, sobretudo nas áreas do Parque Industrial e do Bairro Garibaldi Carrera Machado.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em relação as ações destinadas a “Ampliar da Cobertura de Saúde ao Paciente Idoso”, o acompanhamento foi periódico, semanal, quinzenal e mensal, quer seja por meio das consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e pelas visitas domiciliares das ACS e do resto da equipe, assim como das atividades educacionais e de grupos. Os usuários foram corretamente acolhidos e cadastrados dentro do programa pela equipe e pelos acadêmicos de áreas da saúde que fazem estágio no posto.

A comunidade foi devidamente esclarecida e informada da importância do acompanhamento periódico do idoso e sobre o programa que estava sendo desenvolvido na unidade. A equipe foi capacitada no percorrer da intervenção sobre os protocolos de saúde do idoso do MS, assim como as ACS foram educadas na correta busca ativa dos usuários idosos. As dificuldades em relação a ditas ações foram variadas e quase obvias: falta de ACS, falta de meios de transporte, falta de meios informáticos e de recursos de internet e telefone na unidade, os quais seriam fundamentais para busca ativa, porque em áreas sem ACS a possibilidade do contato telefônico ou via internet seria fundamental para o seguimento de usuários,

sobretudo os faltosos. Por ditas razões a meta de cobertura foi parcialmente desenvolvida. A carência de sistemas informáticos também não fez viável a atualização de dados cadastrais no SIAB ou no E-SUS, razão pela qual a OMIA do Idoso original foi modificada e dita atualização de dados não foi levada em consideração dentro das ações das metas de cobertura do projeto.

Em relação as ações destinadas a “Melhorar a qualidade da atenção ao paciente idoso na UBS”, foi realizada pelo menos uma Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos acompanhados pela equipe, assim como cuidou-se que todos tivessem exame clínico apropriado e laboratórios de rotina em dia. Todo hipertenso foi rastreado para DM, e todo paciente diabético foi rastreado para HAS, tanto por meio de aferição de PA e HGT na UBS, como por meio laboratorial no caso da Hiperglicemia ou a Insulinorresistência.

Foi organizado um agendamento especial que dava prioridade aos idosos, assim como um acolhimento específico para esses usuários, sobretudo os provenientes da busca ativa e das visitas domiciliares. O acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Pública para diabéticos e hipertensos foi garantido totalmente. A revisão de estoque foi realizada uma vez por mês e sempre se deu prioridade aos medicamentos de uso prioritário em idosos. Foram registrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção das áreas do território com ACS, realizando visitas domiciliares a cada 2 ou 3 semanas segundo o caso. Conseguimos avaliar 100% de todos os idosos cadastrados no programa em relação a Saúde Bucal, tanto na necessidade de atendimento, como na qualidade das próteses, isso foi possível devido ao agendamento e consulta simultâneos de idosos por parte das 2 equipes, dita parceria da prioridade aos idosos e também às gestantes.

Existiram muitas dificuldades em relação a melhoria da qualidade do atendimento, a mais importante foi a falta de ACS e a falta de insumos e infraestrutura, sobretudo de uma sala de reuniões. Mas com garra, dedicação, organização e solidariedade a equipe conseguiu superar ditas barreiras. O fato que está totalmente fora de nossa governança é a demora e a impossibilidade de acesso a uma pronta consulta com o especialista, sobretudo em Endocrinologia, Oftalmologia, Reumatologia, Traumatologia, Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Dermatologia e até Cirurgia Geral, onde os procedimentos são muito demorados. Existem grandes demoras também no acesso a maioria dos exames

complementares, sobretudo de imagens, como TC, RNM e Ecografias. Isto constitui um fator que também não depende muito do nível municipal, senão que tem uma alta participação estadual e federal.

Em relação as ações destinadas a “Melhorar a Adesão do paciente idoso às Atividades Programáticas” a equipe conseguiu uma boa performance nas atividades grupais e coletivas, assim como um bom auditório durante as diferentes palestras realizadas pela equipe em escolas, fábricas e igrejas do território. A parceria com a Faculdade de Biomedicina do IESA também ajudou a boa efetividade dos grupos porque era obrigatório a assistência e participação aos mesmos para poder ter acesso a coleta de exames de sangue, urina e fezes nos dias e nos horários dos grupos. Os usuários e suas famílias se mostraram felizes por não ter que “viajar” até a cidade para poder realizar exames e também não depender das cotas e das filas intermináveis para carimbar exames que muitas vezes eram coletados semanas ou meses depois da sua autorização.

A grande dificuldade foi na busca ativa de usuários no território e nossa capacidade limitada para fazer visitas domiciliares por falta de uma técnica de enfermagem (que somente tivemos nas últimas 3 semanas da intervenção) e pela falta de ACS em extensas áreas do território de abrangência e a falta de meios de transporte oficiais para chegar as áreas de difícil acesso e afastadas. A falta de internet e de um telefone fixo (não existe sinal de telefonia móvel de nenhuma empresa) na unidade também prejudicou a busca ativa.

Em relação a “Melhora do registro das informações referente a população idosa” foi possível organizar e restaurar a maioria dos prontuários dos usuários, foram se separando os prontuários que eram colocados individualmente para serem agrupados por famílias. O idoso que morava sozinho ou que era viúvo decidiu se colocar seu prontuário no envelope do familiar mais próximo ao domicílio ou numa família amiga ou de referência que more perto da casa do paciente. Foram distribuídas e atualizadas cadernetas do Idoso, do Hipertenso e do Diabético a todos os usuários, assim como foram preenchidas todas as fichas espelho com a grande colaboração dos acadêmicos de enfermagem e psicologia da URI. A grande dificuldade que a equipe enfrentou foi que muitos usuários pela avançada idade, pela tomada de psicotrópicos e por morarem sozinhos perdiam as cadernetas do idoso ou esqueciam de trazê-las junto na consulta médica, mesmo que a equipe lembrava eles de trazê-las por meio das ACS ou pessoalmente nas visitas e nos

dias de agendamento, onde no papel que dizia a data e a hora da consulta Médica e Odontológica tinha uma lembrete “Não esqueça de trazer o Cartão SUS e a Caderneta do Idoso/HAS/DM no momento da consulta”. A falta de recursos informáticos e de telefonia também prejudicou o correto registro dos dados porque era impossível ter acesso a prontuários eletrônicos ou ao SIAB ou E-SUS dentro da unidade, portanto era impossível ter acesso também ao Telessaúde ou ao agendamento digital das consultas com especialista e exames complementares.

Em relação as ações destinadas a “Realização de Avaliação de Risco nos usuários idosos” foram estimuladas a participação dos usuários e suas famílias em diferentes atividades coletivas e grupais, assim como foram identificados todos os usuários idosos que moravam num ambiente de solidão ou de contexto social desfavorável ou de risco, com rede social e familiar precária. Foram devidamente notificados alguns casos suspeitos de violência familiar contra o idoso, de abandono e também alguns foram encaminhados para acompanhamento no CAPS e CAPS AD por dependência química a álcool e benzodiazepínicos. Os usuários DPOC e tabagistas foram inseridos no Programa Nacional de Tabagismo (PNT) do qual sou Coordenador e Diretor Médico no município. A falta de ACS que verifiquem constantemente por meio de visitas periódicas prejudicou ditas ações, assim como também a falta de meios e transporte.

Em relação as ações destinadas a “Promoção à saúde do paciente Idoso”, estas foram as mais satisfatórias e evoluídas de todas as ações, e deve-se sobretudo a minha cultura de trabalho de atendimento integral e humanizado que trouxe da minha formação Médica na Argentina, assim como minha formação em Medicina Familiar, Rural e Comunitária no meu país. A equipe foi treinada por mim em promoção e prevenção a saúde, na correta relação médico/paciente e médico/equipe e na importância da anamnese e do tempo mínimo de 15-20 min de duração da consulta, porque educar é tão ou mais importante que medicar. Por tais motivos todos os usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física e importância da saúde bucal e cuidado das próteses dentais.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em geral todas as ações previstas foram desenvolvidas de forma integral, a exceção da cobertura que foi parcial, pelas causas explicadas no tópico anterior.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Apesar das diversas dificuldades materiais, humanas e logísticas ao longo da intervenção conseguimos atingir os objetivos do projeto. Durante a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, as dificuldades se deram no início em relação a forma de coletar os dados e a quantidade de pessoas necessárias para captar e registrar tanta informação de tantos usuários. Mas, no decorrer das semanas a equipe se adaptou, e com a ajuda incalculável dos diversos estagiários que a unidade possui as metas foram atingidas.

Durante algumas semanas da intervenção os cálculos de alguns dos indicadores apresentados ultrapassavam 100%, mas com a ajuda e apoio da orientadora encontramos que a situação dependia simplesmente da cronologia do preenchimento na planilha de coleta de dados parciais e totais. Foi implementado com sucesso um sistema de agendamento médico-odontológico misto e simultâneo dos usuários, além disso, organizamos os atendimentos da demanda espontânea de forma que a intervenção não prejudicasse o atendimento normal da unidade nem sem afetar capacidade instalada das outras faixas etárias que consultam na unidade, sobretudo de adolescentes e gestantes.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção permitiu harmonizar a rotina de trabalho na unidade, conseguiu nos integrar como equipe e nos demonstrou não só para nós senão também para o Gestor e a Comunidade que o trabalho em equipe e a organização e persistência podem superar qualquer carência material e de infraestrutura, assim como a importância de arrumar parcerias locais com Universidades locais e com escola do bairro que nos forneceu de toda a infraestrutura que não temos. A melhoria e a permanência da intervenção ao longo do tempo dependerão pura e exclusivamente da vontade política do Gestor para nos providenciar as ACS que faltam, de uma técnica de enfermagem permanente, de um meio de transporte oficial para realizar as visitas a locais afastados e rurais e do mantimento do fluxo de

insumos e medicamentos para a equipe clínica e de saúde bucal. Diariamente a intervenção se converteu em atividade normal na rotina de trabalho da unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a “Melhoria da Atenção à Saúde do Paciente Idoso (pessoas de 60 ou mais anos) no Bairro INDUBRAS da cidade de Santo Ângelo/RS”. Na área de abrangência da unidade existem oficialmente 3.000 pessoas cadastradas, das quais 300 (10%) são idosas. No entanto, a intervenção focalizou-se mais na população do território com cobertura das ACS, nas áreas do Parque Industrial e do Bairro Garibaldi Carrera Machado. Dentre todos os idosos, 154 fizeram parte ativa da intervenção de 3 meses de duração, alcançando ao final da mesma, uma cobertura de 51,3%.

Quantitativamente os objetivos da intervenção, em geral, foram crescendo no percurso da mesma.

Objetivo 1: Aumentar a cobertura de atenção ao paciente idoso

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

A Cobertura do programa, conforme podemos acompanhar na figura 1, foi de 26% (78 usuários) no 1º mês, de 38% (114 usuários) no 2º mês e de 51,3% (154 usuários) no 3º mês. Ou seja, chegou-se a alcançar um pouco mais da metade da população adstrita dentro da faixa etária da ação programática.

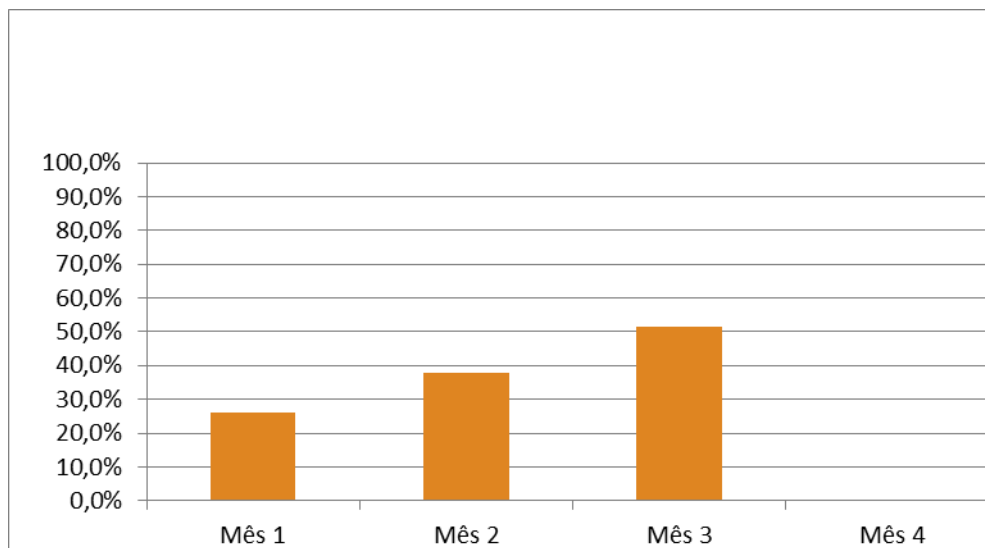


Figura 1 – Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Dita porcentagem final deve-se fundamentalmente, a falta de ACS em áreas do território, o qual não permitiu atingir aquelas áreas e fazer rastreamento e busca ativa de usuários, a exceção dos idosos de áreas rurais que consultavam espontaneamente a UBS, por causa da epidemia da Dengue que atingiu a cidade e as campanhas de vacinação da Gripe. Em total temos 6 ACS, das quais 1 está abaixada por Perícia Psiquiátrica, outra por Gravidez de Alto Risco Materno Fetal, outra ACS está em licença por maternidade por 6 meses, e das outras 2 ACS, uma é técnica de enfermagem e tem 3 empregos simultâneos, como ACS, como vacinadora numa unidade de Pronto Atendimento e como cuidadora de idosos acamados. Por tanto, todo o peso do trabalho e da produção recai na enfermeira e no médico e nas ultimas 2 ACS.

A epidemia da Dengue e a Campanha de Vacinação da Gripe, foram fatores que atrapalharam a cobertura do programa por serem situações de emergência e prioridade para os idosos, levando em consideração as mortes acometidas na cidade por dengue e gripe. Os recursos da SMS se orientaram nessas direções e muitas vezes sentimos o “sucateio” dos recursos para outras áreas de atendimento nas ESF. Os usuários ainda hoje se preocupam mais pela dengue que pela HAS ou a DM. A falta de meios de transporte também diminuiu nossa cobertura, pela incapacidade de chegar até as áreas mais afastadas do território. A cobertura de uma equipe é muito sensível a falta de recursos, sobretudo humanos (equipe incompleta) e materiais (falta de meios de transporte). A equipe precisa de pelo

menos mais 4 ACS e de uma técnica de enfermagem permanente na unidade, para poder funcionar ao máximo de nossa capacidade. Nesse sentido, as faculdades de psicologia e de enfermagem da cidade (URI) nos fornecem estagiários todos os meses que ajudam muito no funcionamento da equipe de enfermagem, e, portanto, de toda a equipe.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do paciente idoso às atividades programáticas

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

Em relação à proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, no 1º mês foi de 90% (9 usuários), no 2º mês foi de 84,6% (11 usuários) e no 3º mês foi de 100% (1 usuário).

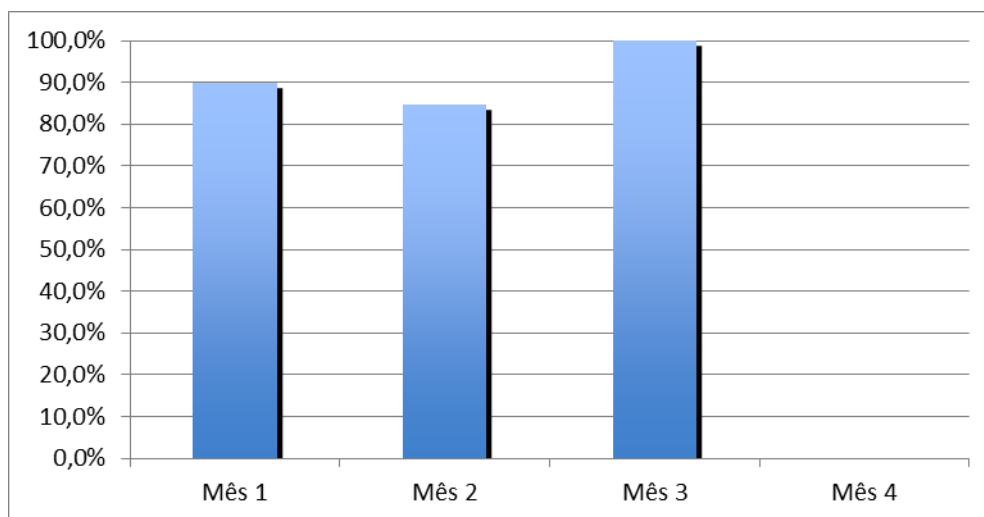


Figura 2 – Gráfico da Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Os idosos faltosos sempre recebem busca ativa, e se moram numa área sem ACS, a equipe tenta fazer contato via telefone, usando os celulares dos próprios funcionários e quando cada um se encontra na sua casa, devido que não tem sinal efetivo de celular no território.

Objetivo 3: Promover à saúde do paciente Idoso.

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários Idosos.

Meta 2: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários idosos.

Meta 3: Oferecer orientações sobre Saúde Bucal para 100% dos idosos.

Em relação à proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, nos 3 meses foi de 100% (78, 114 e 154 usuários respectivamente).

Em relação à proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, nos 3 meses foi de 100% (78, 114 e 154 respectivamente).

Em relação à proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, no 1º mês foi de 98,7% (77 usuários), no 2º mês foi de 99,1% (113 usuários) e no 3º mês foi de 99,4% (153 usuários).

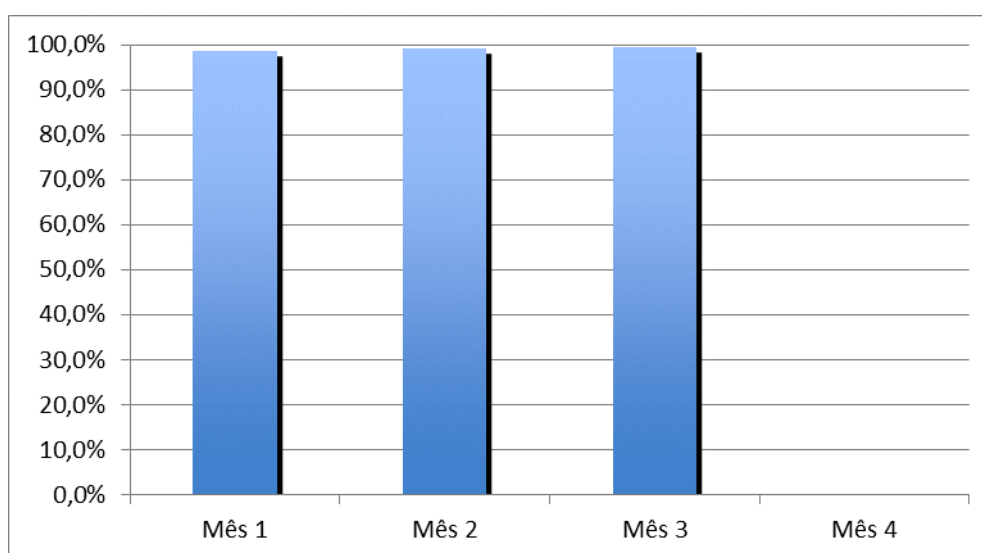


Figura 3 – Gráfico da Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Todos os usuários durante as consultas, visitas domiciliares e durante as reuniões de grupos de idosos, de HAS e DM recebem orientações sobre hábitos saudáveis de vida: nutrição normal, atividade física regular e saúde bucal, razões pelas quais as porcentagens de ditas proporções são altas.

Objetivo 4: Melhorar a qualidade da atenção ao paciente idoso na UBS

Meta 1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos usuários idosos do território;

Meta 2: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos Idosos;

Meta 3: Identificar 100% dos Idosos acamados;

Meta 4: Solicitar exames complementares periódicos a 100% dos usuários Idosos com HAS e DM;

Meta 5: Realizar visitas domiciliares a 100% dos usuários idosos acamados e com problemas de locomoção;

Meta 6: Rastrear 100% de usuários idosos para HAS.

Meta 7: Rastrear 100% de usuários idosos hipertensos para DM;

Meta 8: 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 9: Realizar Avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos usuários Idosos;

Meta 10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Em relação a Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, esta foi aumentando no decorrer dos meses, como podemos verificar na figura 2, sendo de 93,6% (73 usuários) no 1º mês, de 93,9% (107 usuários) no 2º mês e de 96,8% (149 usuários) no 3º mês.

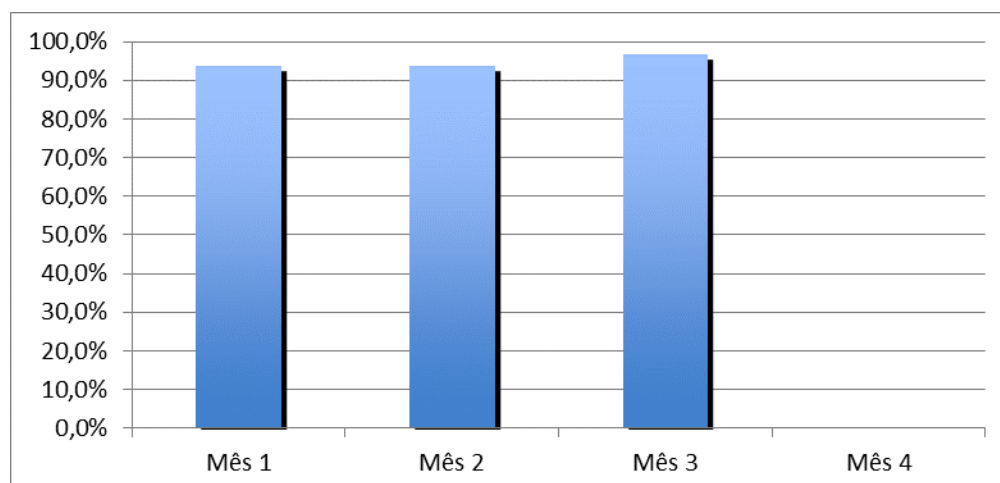


Figura 4 – Gráfico da Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Essas porcentagens altas se devem, sobretudo, a que desde o início das minhas atividades na unidade em 2014, o atendimento sempre foi integral, sobretudo em idosos. Foi alcançada uma grande articulação com a equipe de enfermagem, sendo o acolhimento e a consulta de enfermagem passos fundamentais antes de iniciar a consulta médica. Em relação a Proporção de idosos

com exame clínico apropriado em dia, no 1º mês foi de 94,9% (74 usuários), no 2º mês foi de 94,7% (108 usuários) e no 3º mês foi de 96,1% (148 usuários).

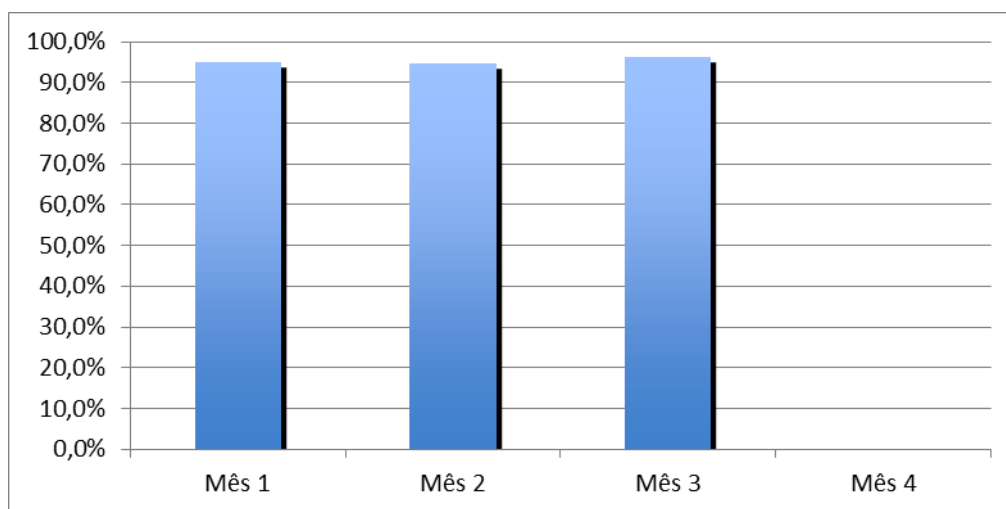


Figura 5 – Gráfico da Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

O exame físico dos usuários sempre é completo, tanto pela equipe de enfermagem, como na consulta médica, desde o início das minhas atividades e está composta por um acolhimento e uma consulta inicial de enfermagem, uma relação médico/paciente de confiança, com anamnese e exame físico completo, assim como a solicitação de exames complementares pertinentes.

Em relação à proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o 1º mês foi de 91,3% (63 usuários), o 2º mês foi de 95,1% (98 usuários) e o 3º mês foi de 96,5% (138 usuários). Por regra geral, no momento do diagnóstico, se solicita a todo paciente com DM e HAS, os exames pertinentes. No caso dos idosos, 96,5% dos usuários que participaram do programa teve solicitação de exames em dia.

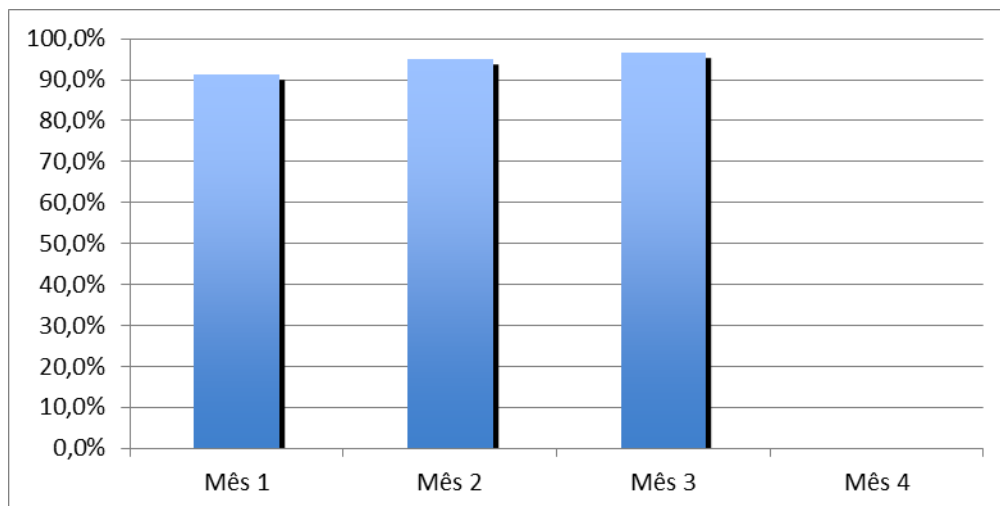


Figura 6 – Gráfico da Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

O grande problema da solicitação de exames foi a cota baixa que a SMS oferece. Chegaram 19 médicos do MS, entre estrangeiros do PMM e dos Brasileiros do PROVAB, mas a cota atual de exames laboratoriais não foi atualizada desde antes quando não tinha médico. É uma questão lógica que se aumentou em forma brusca o número de médicos aconteceria o mesmo com a solicitação de exames complementares e com o encaminhamento para especialistas.

Graças a uma parceria com a Faculdade de Biomedicina da cidade, conseguimos que os usuários idosos do programa não dependessem de ditas cotas municipais e que os exames fossem feitos diretamente no laboratório escola da universidade. O bairro Indubras por ser tão periférico e rural, muitas vezes dificulta que os usuários “viagem” até a cidade para realizar exames, sobretudo os idosos que moram sozinhos. Daí que a parceria com dita Universidade (IESA) foi ainda mais longe, os próprios professores e acadêmicos chegaram até o bairro e tomaram dentro dos dias dos grupos as amostras de sangue e urina para exames laboratoriais gerais.

Em relação a Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no 1º mês foi de 96,2% (75 usuários), no 2º mês foi de 95,6% (109 usuários) e no 3º mês foi de 96,8% (149 usuários), conforme apresenta a figura 5.

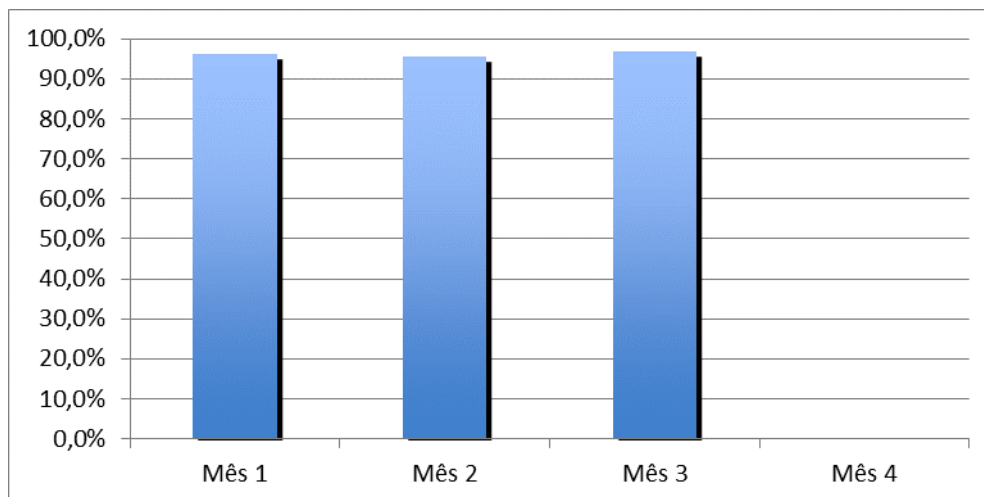


Figura 7 – Gráfico da Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Sempre se deu prioridade aos medicamentos genéricos do RENAME que podem ser obtidos na própria UBS, na SMS e nas Farmácias Municipais e Populares. Grande parte dos usuários que foram encaminhados para especialistas, voltou para casa com receitas de medicamentos de primeira marca e dos laboratórios. Orientou-se, para que ditos usuários voltassem na unidade para revisar essas receitas e tentar trocar por genérico ou similar do mesmo grupo farmacológico, assim o paciente conseguia seguir o tratamento. Também foram preenchidos muitos formulários e atestados solicitando cobertura do Estado ou do Município em medicações específicas e especiais que não possui genérico ou similar.

Em relação a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, no 1º mês foi de 21,4% (6 usuários), no 2º mês foi de 29% (9 usuários) e no 3º mês foi de 35,3% (12 usuários). O Bairro INDUBRAS, historicamente, se formou por aposentados do parque industrial e das áreas rurais que o rodeiam. A equipe tem a desvantagem da falta de ACS, mais tínhamos uma vantagem, uma delas é técnica de enfermagem e cuidadora de Idosos Acamados, razão pela qual ela nos guiou diretamente a totalidade de acamados do Bairro Indubras, o núcleo central do nosso. Em 25 anos como cuidadora de idosos ela tinha um registro específico dos usuários, devido que em algum momento ela cuidou de todos eles. O decepcionante é que não tínhamos informação de outras áreas do território, sobretudo o parque industrial e o interior rural. Além disso, não existem

dados oficiais na SMS ao respeito, o qual dificultou muito fazer busca ativa nas áreas afastadas.

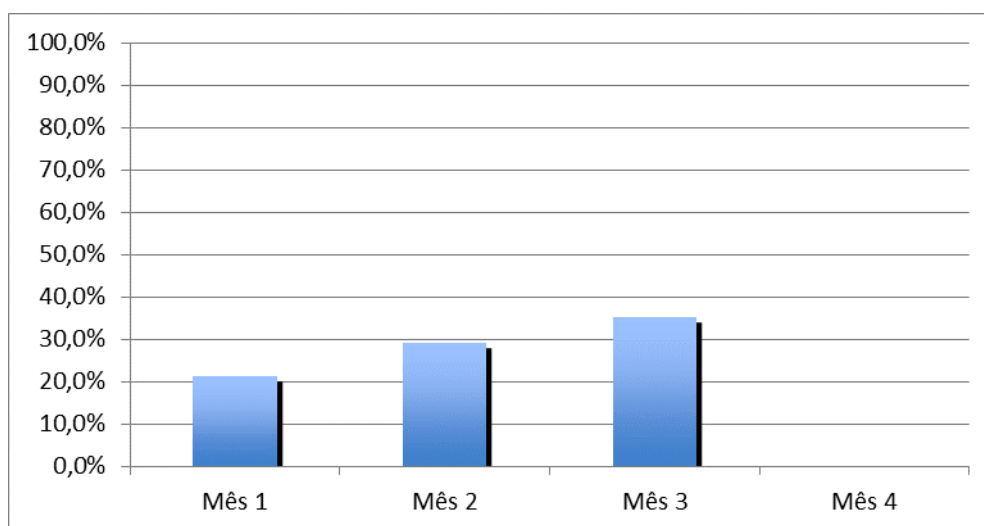


Figura 8 – Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Em relação à proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar em dia, no 1º mês foi de 83,3% (5 usuários) e nos posteriores dois meses foi de 100% (9 e 12 usuários respectivamente). Sempre se deu prioridade aos usuários acamados, e mesmo a percorrendo longas distancias a pé, a Enfermeira e eu conseguimos visitar a maior parte deles, as vezes sem o auxílio das ACS por estarem de licença ou atestado. A falta de ACS afeta muito este aspecto da intervenção.

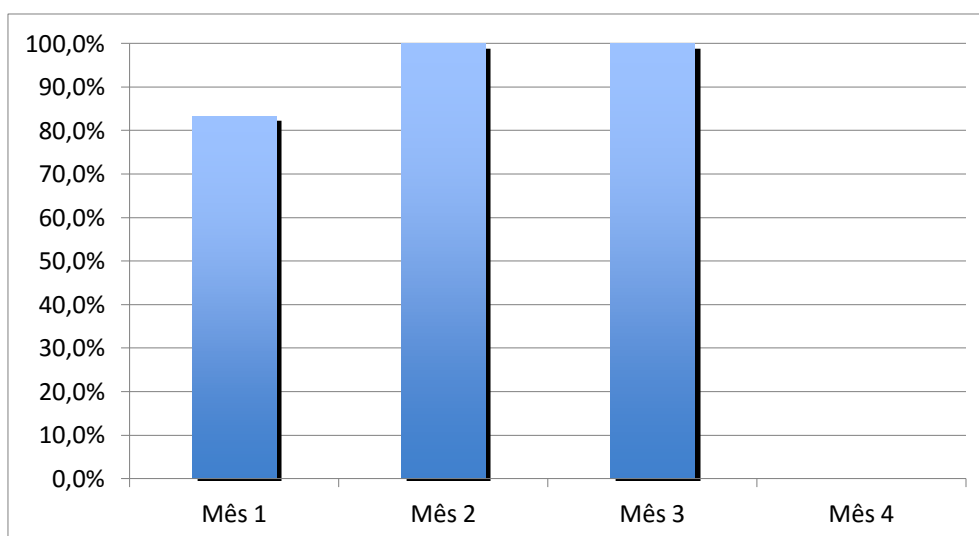


Figura 9 – Gráfico da Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar em dia.

Em relação à proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, no 1º mês foi de 97,4% (76 usuários), no 2º mês foi de 98,2% (112 usuários) e no 3º mês foi de 99,4% (153 usuários). Em toda as consultas foi conferida a PA de todos os usuários, assim como nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.

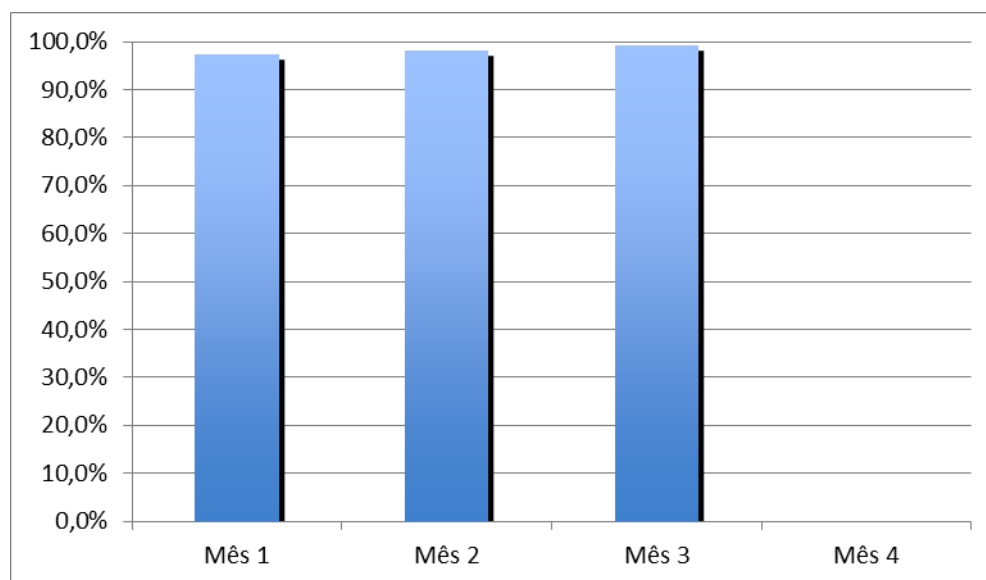


Figura 10 – Gráfico da Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Em relação a Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, nos 3 meses consecutivos foi de 100% (63, 103 e 143 usuários respectivamente). Sempre, antes de o paciente ingressar na consulta é conferido a PA e o HGT, razão pela qual o rastreamento de DM em usuários com HAS sempre foi total. E nas solicitações de laboratórios, sempre se solicita glicemia de jejum.

Em relação à proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos 3 meses consecutivos foi de 100% (78, 114 e 154 usuários respectivamente). Essas porcentagens perfeitas foram possíveis graças as consultas integradas e a parceria com a equipe de Saúde Bucal, onde o idoso tinha prioridade, e as consultas eram agendadas em simultâneo.

Em relação à proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, no 1º mês foi de 98,7% (77 usuários), no 2º mês foi de 99,1% (113 usuários) e no 3º mês foi de 99,4% (154 usuários).

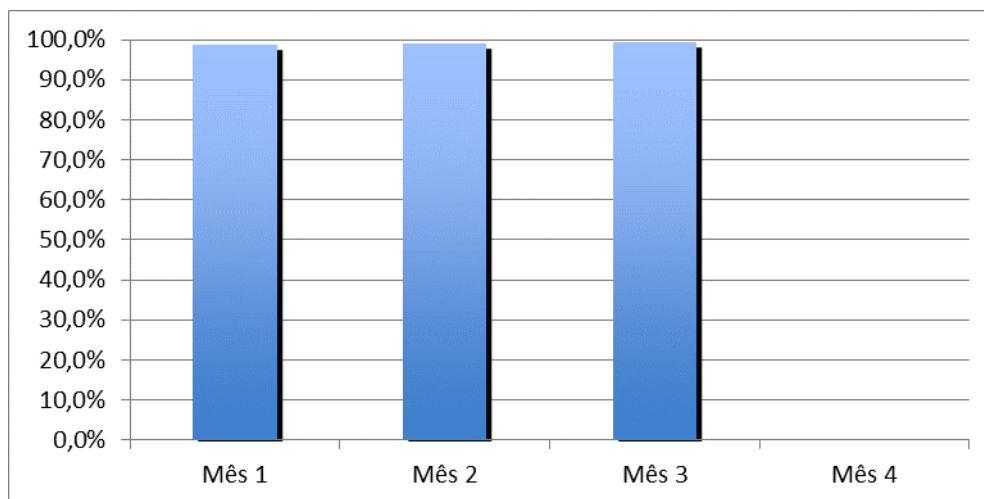


Figura 11 – Gráfico da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 5: Melhorar o registro das informações referente a população idosa.

Meta 1: Manter registro específico de 100% dos Idosos cadastrados na UBS;

Meta 2: Distribuir Caderneta do Idoso a 100% dos idosos cadastrados.

Em relação à proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, no 1º mês foi de 92,3% (72 usuários), no 2º mês foi de 94,7% (108 usuários) e no 3º mês foi de 97,4% (150 usuários).

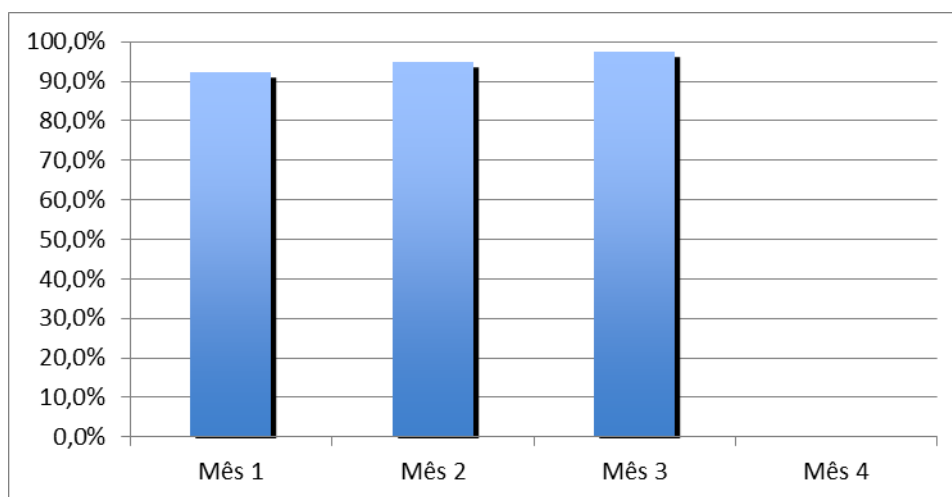


Figura 12 – Gráfico da Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Ditas porcentagens foram possíveis pela ampla participação da comunidade nas atividades grupais e coletivas, onde era possível preencher, com ajuda dos estagiários de enfermagem, psicologia e biomedicina que fazem estágios na nossa unidade, grande quantidade de fichas e registros.

Em relação à Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, no 1º mês foi de 97,4% (76 usuários), no 2º mês foi de 96,5% (110 usuários) e no 3º mês foi de 97,4% (150 usuários).

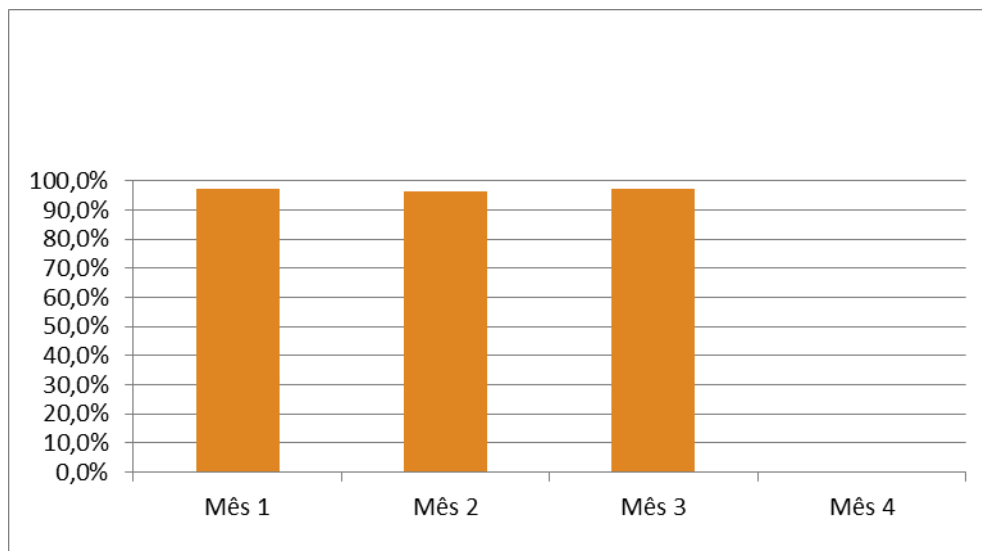


Figura 13 – Gráfico da Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Por regra geral, todo paciente idoso que consulta na unidade possui a caderneta, a qual se tornou obrigatória junto com o cartão SUS para agendar consultas ou para comparecer na unidade. O problema fundamental é que muitos idosos esquecem-se de trazê-la no momento da consulta e outros as perdem.

Objetivo: Realizar avaliação de risco nos usuários idosos.

Meta 1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Em relação à proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, no 1º mês foi de 97,4% (76 usuários), no 2º mês foi de 98,2% (112 usuários) e no 3º mês foi de 98,7% (152 usuários).

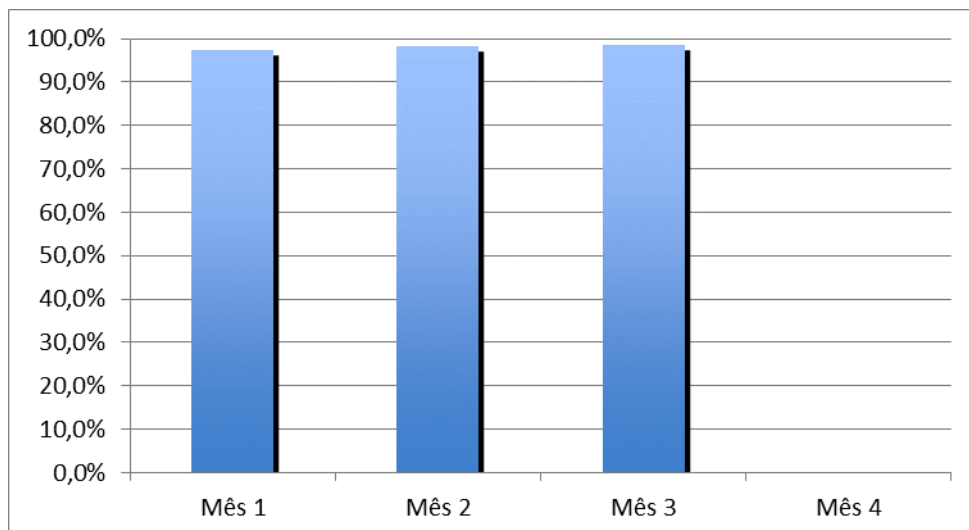


Figura 14 – Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

A avaliação de morbimortalidade é realizada desde a primeira consulta e durante as visitas domiciliares, razão pela qual a porcentagem de idosos com dita avaliação em dia é alta.

Em relação a Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, no 1º mês foi de 96,2% (75 usuários), no 2º mês foi de 97,4% (111 usuários) e no 3º mês foi de 98,1% (151 usuários).

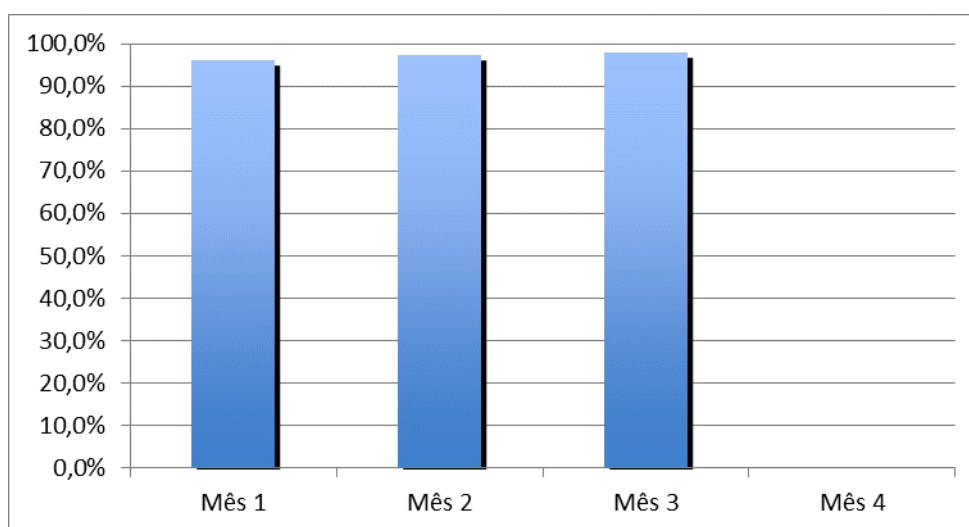


Figura 15 – Gráfico da Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Em relação à proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, no 1º mês foi de 96,2% (75 usuários), no 2º mês foi de 97,4% (111 usuários) e no 3º mês

foi de 98,1% (151 usuários). A avaliação da rede social e do nível de fragilização da velhice é prioritária desde a primeira consulta e desde a primeira visita domiciliar.

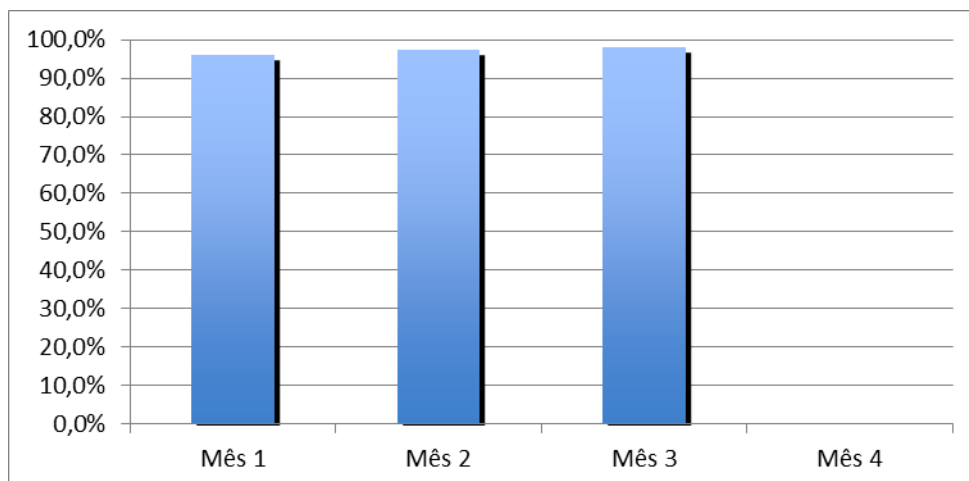


Figura 16 – Gráfico da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

4.2 Discussão

A intervenção tratou sobre a melhoria da Atenção à Saúde do Paciente Idoso (pessoas de 60 ou mais anos) no Bairro INDUBRAS da cidade de Santo Ângelo/RS. Na área de abrangência da unidade existem oficialmente 3000 pessoas cadastradas, das quais 300 (10%) são idosas. Mais a intervenção focalizou-se mais na população de áreas do território com ACS e nas quais foi possível fazer visitas domiciliares. De entre todos os idosos, 154 fizeram parte da intervenção, alcançando ao final da mesma, a qual foi de 3 meses, uma cobertura de 51,3%.

Em relação a comunidade, posso dizer que a participação e a aceitação do programa sobre saúde do idoso foi alta. Eles reconheceram o grande esforço que a equipe fez além da carência de recursos e infraestrutura. O apoio de referentes locais como a diretora da escola do bairro que nos permitiu usar diferentes salas para realizar as atividades grupais, assim como todo o espaço físico da escola para nossas atividades. O apoio das universidades particulares da cidade também foi muito importante porque nos ofereceram “mãos extra” para poder realizar as atividades, sobretudo na etapa de registro e busca ativa dos usuários. Os estagiários foram acolhidos e inclusos nas atividades rotineiras da unidade.

Em relação a equipe e ao serviço em geral, posso dizer que a experiência foi muito gratificante, permitindo a integração de todos os membros da equipe e o

trabalho simultâneo e protocolado de todos seus integrantes. Esse sentimento de parceria e solidariedade permitiu superar grandes dificuldades técnicas e materiais.

A chegada na unidade de uma técnica de enfermagem durante o último mês da intervenção ajudou muito, sobretudo no registro e no acolhimento dos usuários, mesmo assim, o contrato dela acabou faz 2 semanas e a equipe voltou a ficar incompleta. Logrou se uma boa relação com as unidades de Pronto Atendimento da cidade e com o Hospital local, os quais encaminhavam para a nossa ESF diretamente os usuários idosos que consultam compulsivamente nesses serviços no lugar de iniciar na Rede Básica. Desde que começou a intervenção, sofremos de 3 mudanças consecutivas de Secretários de Saúde. Isso atrapalhou muito o funcionamento da unidade, sobretudo em relação ao repasse de insumos e a disponibilidade de transporte, mais o último secretário nos forneceu de muito apoio e regularizou a chegada de medicamentos e equipamento para a unidade. O novo gestor deu grande valor ao trabalho da equipe não só em relação a saúde do idoso, senão também a cultura de parceria e trabalho que se gerou na equipe desde que as minhas atividades iniciaram a mais de 1 ano e meio no País.

Em relação a intervenção em si mesmo, não posso me dar o luxo de mudar muito, porque exigir mais a equipe que deu o melhor mesmo com carência de insumos, serviços, infraestrutura e recursos humanos seria impossível. Mudaria a data que iniciei o curso de especialização sim. Devido a que nunca consegui ficar em dia com as atividades, e por tanto com a posterior intervenção, por causa que fui inserido quase 2 meses depois de começado o curso. Isto foi devido à falta de organização do Projeto Mais Médicos no início das atividades do 3º grupo de intercambistas individuais. Gostaria de ver como seria o resultado da intervenção com esses 2 meses que perdi.

Posso dizer que em 3 meses de intervenção conseguimos resultados bastante positivos que demonstram um trabalho duro e esforçado pela equipe além das carências óbvias de toda ESF periférica do interior do País. Com mais 3 ou 4 meses de intervenção a cobertura poderia estar muito perto de 100%, sobretudo levando em consideração que o novo Gestor nos prometeu chamamento a concurso e seleção de novas ACS, Técnicas de Enfermagem e um veículo oficial para realizar visitas no interior rural e na rodovia. A intervenção encaixou perfeitamente na rotina de trabalho na unidade, que como normativa do SUS, deve dar prioridade também a Gestantes e Crianças no atendimento diário, grupos para os quais a equipe já está

desenvolvendo projetos similares. As universidades locais foram impactadas pelas diversas atividades desenvolvidas na unidade durante o tempo de duração do curso, razão pela qual agora a ESF INDUBRAS é referência em Saúde da Família e da Comunidade, sendo foco de estágio de muitos acadêmicos dos diversos cursos da área da saúde e das ciências sociais. Foram desenvolvidos projetos similares nas demais ESF da cidade onde também existem médicos estrangeiros (cubanos) do PMM.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção tratou sobre a Melhoria da Atenção à Saúde do Paciente Idoso (pessoas de 60 ou mais anos) no território da ESF INDUBRAS da cidade de Santo Ângelo. Na área de abrangência da unidade existem oficialmente 3.000 pessoas cadastradas, das quais aproximadamente 300 (10%) são idosas. No entanto, durante os 3 meses que durou a intervenção, esta focalizou-se mais na população do território com cobertura das ACS, sobretudo nas áreas do Parque Industrial e do Bairro Garibaldi Carrera Machado.

Foram implementadas ações destinadas a Ampliar a Cobertura de Saúde do Paciente Idoso, por meio de acompanhamento periódico, tanto semanal, quinzenal como mensal. Tanto por parte do médico, como da enfermeira e a dentista, por meio das consultas na unidade ou das visitas domiciliares junto as ACS. Os usuários foram corretamente acolhidos e cadastrados dentro do programa pela equipe e pelos acadêmicos de áreas da saúde que fazem estágio no posto. A comunidade foi devidamente esclarecida e informada da importância do acompanhamento periódico do idoso e sobre o programa que estava sendo desenvolvido na unidade. A equipe foi capacitada no percorrer da intervenção sobre os protocolos de saúde do idoso do MS, assim como as ACS foram educadas na correta busca ativa dos usuários idosos.

Em relação as ações destinadas a Melhorar a Qualidade da atenção ao paciente idoso na UBS, foi realizada pelo menos uma Avaliação Integral e Completa dos usuários, a qual se conhece como Avaliação Multidimensional Rápida. Assim também, cuidou-se que todos os usuários do programa tivessem exame clínico apropriado e laboratórios de rotina em dia. Todo hipertenso foi rastreado para DM, e

todo paciente diabético foi rastreado para HAS. Foi organizado um agendamento especial que dava prioridade aos idosos, assim como um acolhimento específico para esses usuários, sobretudo os provenientes da busca ativa e das visitas domiciliares.

O acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Pública para diabéticos e hipertensos foi garantido totalmente. A revisão de estoque foi realizada uma vez por mês e sempre se deu prioridade aos medicamentos de uso prioritário em idosos. Foram registrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção das áreas do território com ACS, realizando visitas domiciliares a cada 2 ou 3 semanas segundo o caso. Conseguimos avaliar 100% de todos os idosos cadastrados no programa em relação a Saúde Bucal, tanto na necessidade de atendimento, como na qualidade das próteses, isso foi possível devido ao agendamento e consulta simultâneos tanto para o atendimento médico como odontológico. Dita parceria da prioridade aos idosos e também se aplica às gestantes.

Em relação as ações destinadas a Melhorar a Adesão do paciente idoso às Atividades Programáticas a equipe conseguiu uma boa performance nas atividades grupais e coletivas, assim como um bom auditório durante as diferentes palestras realizadas pela equipe em escolas, fábricas e igrejas do território. Foi desenvolvida uma parceria com a Faculdade de Biomedicina do IESA que ajudou a boa efetividade dos grupos porque era obrigatório a assistência e participação aos mesmos para poder ter acesso de exames laboratoriais gratuitos no Laboratório Escola da Instituição. As coletas foram realizadas na unidade e na sala de vídeo da escola municipal do bairro. Os usuários e suas famílias se mostraram felizes por não ter que “viajar” até a cidade para poder realizar exames e também não depender das cotas e das filas intermináveis para carimbar exames que muitas vezes eram coletados semanas ou meses depois da sua autorização.

Em relação a Melhora no Registro das Informações referente a população idosa, foi possível organizar e restaurar a maioria dos prontuários dos usuários, foram se separando os prontuários que eram colocados individualmente para ser agrupados por famílias. Os idosos que moravam sozinhos ou que eram viúvos/as, se decidiu colocar os prontuários no envelope do familiar mais próximo ao domicílio ou numa família amiga ou de referência que more perto da casa do paciente. Foram distribuídas e atualizadas cadernetas do Idoso, do Hipertenso e do Diabético a todos

os usuários, com a grande colaboração dos acadêmicos de enfermagem e psicologia que a unidade possui.

Em relação as ações destinadas a Avaliação de Risco, foram estimuladas a participação dos usuários e suas famílias em diferentes atividades coletivas e grupais, assim como foram identificados todos os idosos que moravam num ambiente de solidão ou de contexto social desfavorável ou de risco, com rede social e familiar precária. Foram devidamente notificados alguns casos suspeitos de violência familiar contra o idoso, de abandono e também alguns foram encaminhados para acompanhamento no CAPS e CAPS AD por dependência química a álcool e benzodiazepínicos. Os usuários tabagistas foram inseridos no Programa Nacional de Tabagismo (PNT) que funciona na unidade e na SMS.

Em relação as ações destinadas a Promoção à saúde do paciente Idoso, estas foram as mais satisfatórias e evoluídas de todas as ações, e deve-se sobretudo a cultura de trabalho de atendimento integral e humanizado que trouxe da minha formação Médica na Argentina. A equipe foi treinada em promoção e prevenção à saúde seguindo os protocolos específicos, na correta relação médico/paciente e médico/equipe, na importância da anamnese e do tempo mínimo de 15-20 min de duração da consulta médica e na necessidade da consulta de enfermagem, porque como dizia Hipócrates “educar é tão ou mais importante que medicar”. Por tais motivos todos os usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física e importância da saúde bucal e cuidado das próteses dentais, fatores que determinam um aumento na sua qualidade de vida a longo prazo.

As dificuldades que a equipe enfrentou em relação as ações foram variadas e quase óbvias: falta de uma técnica de enfermagem permanente, falta de ACS, falta de meios de transporte, falta de meios informáticos e de recursos de internet e telefone na unidade, os quais seriam fundamentais para busca ativa de usuários, porque em áreas sem ACS a possibilidade do contato telefônico ou via internet seria fundamental para o seguimento de usuários, sobretudo os faltosos. A carência de sistemas informáticos também não fez viável a atualização de dados cadastrais no SIAB ou no E-SUS. O fato que está totalmente fora de nossa governança é a demora e a impossibilidade de acesso a uma pronta consulta com especialistas, sobretudo em Endocrinologia, Oftalmologia, Reumatologia, Traumatologia, Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Dermatologia e até Cirurgia Geral,

onde os procedimentos são muito demorados. Existem grandes demoras também no acesso a maioria dos exames complementares, sobretudo de imagens, como TC, RNM e Ecografias. Isto constitui um fator que depende não só do nível municipal, senão que tem uma alta responsabilidade estadual e federal em relação ao planejamento de serviços. A falta de UPA e de NASF sobrecarrega a capacidade instalada da unidade que muitas vezes vira um Pronto Atendimento de Urgências e não de uma ESF. Este último é um aspecto que poderia ser melhorado dentro da esfera municipal, mas que também depende do repasse financeiro dos outros níveis de governo.

Para finalizar meu relatório posso dizer que a intervenção permitiu harmonizar a rotina de trabalho na unidade, conseguiu nos integrar como equipe e demonstrou que o trabalho em equipe, a organização e persistência podem superar qualquer carência material e de infraestrutura. Reconhecemos a importância de arrumar parcerias locais com Universidades e com as escolas dos bairros, a quais podem fornecer da infraestrutura e dos serviços que as UBS não possuem. A melhoria e a permanência da intervenção ao longo do tempo dependerão pura e exclusivamente da vontade política do Gestor para nos providenciar as ACS que faltam, de uma técnica de enfermagem permanente, de um meio de transporte oficial para realizar as visitas a locais afastados e rurais e do mantimento do fluxo de insumos e medicamentos para a equipe clínica e de saúde bucal. A intervenção virou, com o decorrer do tempo, numa atividade normal na rotina de trabalho da unidade, coisa que enche de orgulho a toda a equipe.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O trabalho realizado na unidade tinha como principal finalidade melhorar o atendimento e a saúde dos Usuários Idosos (pessoas de 60 ou mais anos) do Bairro INDUBRAS e áreas vizinhas que tem a nossa ESF/UBS como referência

Se desenvolveram muitas ações para melhorar de forma integral a saúde dos idosos que consultam na unidade. A equipe realizou acompanhamento semanal, quinzenal e mensal dos usuários idosos, quer seja por meio das consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e pelas visitas domiciliares das ACS e do resto da equipe, assim como das atividades de grupos. Os usuários foram corretamente acolhidos e escutados pela equipe e pelos acadêmicos de áreas da saúde que fazem estágio no posto. Os familiares dos usuários foram devidamente informados da importância do acompanhamento periódico do idoso e sobre o programa que estava sendo desenvolvido na unidade. A equipe foi capacitada para a correta abordagem do paciente idoso segundo os protocolos do MS. Todos os usuários foram avaliados de forma integral e cuidou-se que todos tivessem exame clínico apropriado e pedido de exames de rotina em dia. Todo hipertenso foi rastreado para DM, e todo paciente diabético foi rastreado para HAS. Foi organizado um agendamento especial que dava prioridade aos idosos, como um acolhimento específico e orientado para esses usuários. Se garantiu o acesso a medicamentos gratuitos da Farmácia Pública/Popular para diabéticos e hipertensos. Foram registrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção das áreas do território com ACS, a traves das visitas domiciliares. Foi importante o impulso dado a Saúde Bucal, tanto na necessidade de atendimento, como na qualidade das próteses. Isto foi possível devido ao agendamento simultâneo para a consulta medica e odontológica, aplicando um modelo similar no caso das Gestantes. Foram realizadas palestras e atividades grupais, nas escolas, nas fabricas e nas igrejas do

território. Os prontuários dos usuários foram agrupados por famílias, no caso do idoso que morava sozinho ou que era viúvo decidiu se colocar seu prontuário no envelope do familiar mais próximo ao domicílio ou numa família amiga ou de referência que more perto da casa do paciente. Foram distribuídas e atualizadas cadernetas do Idoso, do Hipertenso e do Diabético a todos os usuários. Todo paciente que precisava de atenção especializada foi encaminhado corretamente. Todos os usuários receberam orientações e dicas sobre alimentação saudável, atividade física e importância da saúde bucal e cuidado das próteses dentais.

As dificuldades em relação a ditas ações foram variadas e quase óbvias: falta de ACS, falta de meios de transporte para fazer as visitas domiciliares, falta de meios informáticos e de recursos de internet e telefone na unidade para poder entrar em contato com os usuários ou para marcar datas de exames ou consultas com especialistas e falta de infraestrutura e de um local físico próprio para a realização dos grupos. Mas, no meio de tantas carências, a equipe conseguiu equilibrar a situação trabalhando juntos, com garra e solidariedade, dedicação e carinho. O programa chegou para ficar inserido na rotina da unidade e permitirá atendimento constante e completo para nossos idosos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento das atividades do curso foi difícil desde o início por várias causas. Fui inserido 2 meses depois de iniciadas as atividades, não tinha nenhum tipo de recurso técnico ou informático na unidade que me permitisse fazer as atividades dentro da unidade e o tablet que foi entregue pelo MS nunca funcionou. A equipe estava incompleta, com falta de técnica de enfermagem e de ACS, não tinha meios de transporte, infraestrutura deficitária, os insumos no início eram escassos, sobretudo para a área da saúde bucal, e desde que comecei o curso aconteceram 3 mudanças de Secretário de Saúde. A SMS não possui Coordenação Estratégica das ESF, razão pela qual para solicitar apoio, transporte ou insumos devia pactuar uma reunião diretamente com o Gestor Municipal. Além disso, a unidade fica muito afastada da cidade, na verdade é rural, e está mais próxima do município vizinho, por momentos a luz caía, não temos água potável e não tem sinal de empresas de telefonia móvel, por tanto é muito difícil entrar em contato com a SMS, com o SAMU, com a Polícia ou os Bombeiros segundo o tipo de emergência.

No meio de tudo esse contexto desfavorável eu devia formular e elaborar um projeto de intervenção em Atenção Primária da Saúde que fosse integral e adaptado a realidade local. No percorrer do curso e das atividades e com os feedbacks enriquecedores e estimulantes da orientadora senti que não era impossível. Comecei a acreditar que o fator humano poderia compensar com trabalho em equipe, esforço e dedicação as carências de infraestrutura e demais recursos. Aprendi a olhar de um jeito não tão médico, senão verdadeiramente geral ao paciente, em todas as faixas etárias, desde o ponto de vista sociocultural e

psicológico e não só biológico. As habilidades desenvolvidas no curso me permitiram integrar meus conhecimentos prévios e a minha experiência no meu País de origem e adaptar ditos aspectos a realidade do Brasil.

O contato com os protocolos locais e com as diferentes portarias e manuais técnicos que o curso me providenciou me ajudaram não só a me integrar na saúde pública do país, senão também a revalidar meu diploma médico. Todo o material de estudo e as atividades, os casos clínicos me ajudaram muito para aprovar o exame de revalida e assim qualificar ainda mais meu trabalho.

O curso em si mesmo conseguiu criar uma verdadeira rotina de trabalho dentro da unidade, e na medida que tudo foi dando certo, a própria equipe discutia de como fazer adaptações e melhorias para chegar as outras faixas etárias e não só idosos, razão pela qual agora a equipe trabalha em projetos similares para gestantes, Adolescentes e usuários da área da Saúde Mental.

O empenho da equipe no projeto e a organização das atividades gerou um impacto nas Universidades locais e no novo Gestor Municipal. Começaram a chegar mais recursos, foram terminadas as reformas na unidade, nos últimos 2 meses da intervenção tivemos o apoio de uma técnica de enfermagem enviada pelo próprio secretário para nos ajudar nas atividades, e as Universidades enviaram estagiários e recursos diversos, sobretudo para as atividades grupais e educativas e para a realização de exames laboratoriais nos laboratórios escola. Esse foi o aspecto mais importante que o curso me ajudou a desenvolver, a capacidade de criar e organizar um projeto de intervenção que mostre a importância da saúde pública para as diversas instituições que até o momento pareciam adormecidas na teoria e não realizavam práticas verdadeiramente integrativas e organizadas. As ferramentas que o curso me providenciou, como o Caderno de Ações Programáticas e as OMIAS e Fichas Espelho foram fundamentais, me ajudaram a avaliar o meu serviço e a enxergar as melhorias que deviam ser feitas.

Mesmo que no início do curso foi bem difícil adaptar à realidade do meu dia a dia às atividades do curso, no percorrer dos 3 meses de intervenção tudo pareceu ter dado certo e que todas as atividades do curso estavam intimamente interligadas para chegar a tal fim. Os conhecimentos adquiridos foram enriquecedores e as experiências vividas muito gratificantes.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº19, "*Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*", Brasília, DF, Ano 2006.

BRASIL. Vol. 12, Série de Pactos pela Saúde, "*Atenção à Pessoa Idosa e Envelhecimento*", Brasília, DF, Ano 2010.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Nº28, "Acolhimento a Demanda Espontânea, queixas mais comuns da Atenção Básica", Vol. I, ano 2011, Brasília, DF e Vol. II, Brasília, DF, ano 2013.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Nº34, "Saúde Mental", ano 2013, Brasília, DF, ano 2013.

BRASIL. Cadernos de Atenção Domiciliar Vol. I e II, Brasília, DF, ano 2013;

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Nº 29, "Rastreamento", ano 2010, Brasília, DF;

BRASIL, Caderno de Atenção Básica Nº 35, "Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica", ano 2014, Brasília, DF;

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Nº 36, "Diabetes Mellitus", ano 2013, Brasília, DF;

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Nº 37, "Hipertensão Arterial Sistêmica", ano 2013, Brasília, DF;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, Diretrizes 2013-2014;

HARRISON. Medicina Interna, Vol. I-II, 18ª Edição, Ed. McGraw Hill, ano 2014.

Apêndices

Apêndice A – Fotos da Intervenção



Foto 1-GRUPO DE IDOSOS



Foto 2-ATIVIDADE FISICA AO AR LIVRE



Foto 3-Vista Exterior Rural da ESF INDUBRAS



Foto 4-ATIVIDADE FISICA NA ACADEMIA AO AR LIVRE



Foto 5-Visitas domiciliares junto a equipe de Saúde Bucal



Foto 6-Atividade Física na Escola do Bairro



Foto 7-A nossa Equipe



Foto 8-Realizando Visitas Domiciliares a Pé no interior rural

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 à 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