

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS /ESF Promorar, Alegrete/RS

Adela Margarita Hung Del Toro

Pelotas, 2015

Adela Margarita Hung Del Toro

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Promorar,
Alegrete/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: Aline Basso da Silva

Co-Orientador: José Adailton da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T686m Toro, Adela Margarita Hung del

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Promorar, Alegrete/RS / Adela Margarita Hung del Toro; Aline Basso da Silva, orientador(a); José Adailton Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Silva, Aline Basso da, orient.
II. Silva, José Adailton, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

À minha família, minha mais bela razão de existir.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora da UFPEL pela dedicação e apoio incondicional e a Universidade pela oportunidade de crescimento Profissional

Resumo

Del Toro , Adela Margarita Hung . **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na USB/ESF Promorar, Alegrete/RS. 2015.** 85. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.2015

O número de idosos no Brasil ultrapassou o número de crianças. Em 1991, os idosos representavam 4,8% da população; em 2000, 5,8% e agora chegam a 7,4%. De fato, os idosos constituem a faixa etária que mais apresenta problemas de saúde e 90% deles têm, ao menos uma doença crônica e requerem cuidados médicos e terapêuticos mais freqüentes, utilizando os serviços de saúde em maior escala que as faixas mais jovens. A melhoria da qualidade de vida dos idosos depende da responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e usuários . A Intervenção realizada na UBS Promorar, Alegrete/RS, teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção das pessoas idosas no Município, conhecendo as condições da rede sociais, estado de saúde, incluindo saúde bucal, e desenvolver ações educativas na comunidade para a prevenção das doenças crônicas que são as que mais afetam esse grupo populacional . Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os indicadores repassados para uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 262 pessoas idosas e as ações foram desenvolvidas em três meses. A intervenção atingiu uma cobertura de 56%. Em relação aos exames clínicos 100% tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento as pessoas idosas na unidade de saúde em questão.

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

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde | 62 |
| Figura 2 | Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada | 65 |
| Figura 3 | Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados | 66 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
IMC	Índice de Massa Corporal
USF	Unidade de Saúde de Família
PA	Pressão Arterial
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística	55
2.3.4 Cronograma.....	59
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
4 Avaliação da intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
4.1 Resultados.....	64
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	80
Apêndices.....	81
Anexos	83

Apresentação

O presente estudo foi realizado no município de Alegrete /RS, na Unidade de Saúde Promorar. Este volume do trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância Universidade Aberta do SUS - (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas – (UFPEL), está organizado em cinco partes. A primeira parte está composta pelo Relatório da Análise Situacional, onde foi possível avaliar a situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação as características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS ,para realizar um diagnóstico do serviço de saúde; Em seguida apresentamos a Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, (Ação programática concordo ao protocolo com o registro próprio e monitoramento regular)Inclui os quatro eixos Organização e gestão do serviço Monitoramento e avaliação Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica ;atendendo aos princípios do SUS Integralidade e Universalidade onde traçamos as estratégias com objetivos, metas, indicadores e ações; a terceira pelo Relatório da Intervenção onde apresentamos como ocorreram as 12 semanas de intervenção, o desenvolvimento das ações previstas no Projeto acordo com o cronograma ,a experiência subjetiva espontânea os desafios vencidos as dificuldades encontradas e aspectos positivos identificados a quarta pelos Resultados da Intervenção, avaliação de cada um dos indicadores de forma quanti qualitativa , comparado os com as metas Análise das ações propostas , grau de implementação e importância para o serviço e a quinta pela Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.(A importância da Intervenção para o especializando, benefícios pessoal és e para o serviço de saúde).

Boa leitura!

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde(UBS) Promorar fica na zona urbana, o atendimento é exclusivo do Sistema Único de Saúde - (SUS) e possui atendimento médico em dois turnos. O modelo de atenção da UBS é por meio de Estratégia de Saúde da Família - (ESF) e conta com duas Equipes. Minha equipe é integrada por Clínico Geral, Enfermeira, técnica de Enfermagem, 2 Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Nutricionista, Odontologia, Psicologia e Fisioterapia. Outras Especialidades como Pediatria e Ginecologia oferecem atendimentos aos usuários em nossa UBS. Todos os atendimentos nesta unidade são realizados através de agendamento e com retirada de fichas. Possui ajuda de profissionais qualificados que tem como intencionalidade priorizar os atendimentos as pessoas idosas visando melhorias em sua qualidade de vida, os quais tem muita aceitação e satisfação pelas ações educativas e assistências que são desenvolvidas pela Equipe de Saúde e demais funcionários e trabalhadores da Unidade Básica de Saúde UBS e da Secretaria de Saúde em prol do bem-estar comum da comunidade .

Observando questões relacionadas as dificuldades, podemos contemplar escassez de recursos humanos, ou seja, precisa-se aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para que seja desenvolvido um trabalho de maior qualidade visando o atendimentos necessários para todos os idosos sendo esses carentes de informações para solucionar problemas relacionados à saúde, não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação através de recursos auditivos, nem a comunicação em Braille, nem através de figuras que facilite uma melhor orientação as pessoas com limitações físicas, mesmo havendo deficiências

no quadro de trabalho. Contamos com grande apoio da Prefeitura e dos Gestores de Saúde que disponibilizam recursos de atendimento em domicílio. Estamos evoluindo para os investimentos econômicos que darão soluções para melhorar a qualidade da atenção a população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Alegrete se localiza no Oeste do Estado de Rio Grande Do Sul à 506 quilômetros de distância da capital Porto Alegre, possui uma área de 7.804Km sendo o maior município do Rio Grande do Sul em extensão e um total de 77.768 habitantes, sendo a população Urbana de 69.611 e a Rural 8.062. O total de homens é de 38.055 e de mulher é de 39.618. (.IBGE. Censo Demográfico 2010)

Atualmente o município de Alegrete conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS)com Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona urbana e 2 na zona rural, não tem mais o modelo tradicional de unidade de saúde sendo exclusivamente Estratégia de Saúde da Família(ESF). Temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família que encontra-se em 9 territórios de saúde, e um Centro de Especialidades Odontológicas -(CEO) que garante a cobertura a todos os territórios onde tem saúde da família.

A atenção especializada também encontra-se acessível a todos os encaminhamentos das Equipe Saúde da Família. O município conta com um Hospital Filantrópico e também faz uso de Hospitais da região de acordo com a demanda e municípios de referência. A disponibilidade de exames complementares mais simples (laboratório Clínico) são feitos no Laboratório do Sistema Único de Saúde- SUS do Município de Alegrete já os demais exames, de maior complexidade, são feitos no Hospital Santa Casa, no mesmo município. Os pacientes são encaminhados as diferentes Especialidades para os atendimentos de acordo ao cumprimento dos protocolos de Ministério de Saúde .

A Unidade Básica de Saúde UBS Promorar fica na zona urbana, o atendimento é exclusivo SUS, não temos vínculo com nenhuma instituição de ensino. O modelo de atenção é Unidade Básica de Saúde UBS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com duas Equipes. Minha Equipe é composta por um Clínico Geral, uma Enfermeira, uma técnica de Enfermagem, dois Agentes Comunitário de Saúde, uma Assistente Social, um Nutricionista, equipe de Odontologia, Psicologia e Fisioterapia. Outras Especialidades como Pediatria e Ginecologia também oferecem atendimentos aos usuários em nossa UBS.

A Estrutura Física da Unidade Básica de Saúde (UBS) é boa, assim como estabelece o Manual de Estrutura Física do Ministério de Saúde e oferece uma ótima atenção aos usuários. Temos 01 Sala de Espera, 01 Sala de Recepção e arquivos de Prontuários, 01 Sala de curativo e procedimento, 01 Sala de Triagem e nebulização, 01 Sala de vacinas, 01 Sala de Esterilização, 01 Sala Centro Materiais, 01 Sala de Reuniões e Educação Continuada, 01 Sala Administrativa e Enfermagem, 01 consultório odontológico e escovódromo, 05 consultórios médicos com as adequações precisas para atenção aos usuários, sala de almoxarifado, 01cozinha, 01 Sala de Vestiário com Banheiro para Funcionários, 02 Banheiros sendo um Masculino e um feminino para usuários.

Um dois maiores problemas identificados, é não termos o sistema de informatização na Unidade Básica de Saúde (UBS) o que afeta o cadastramento dos usuários, mas o município está se reorganizando a Atenção Básica para isso.

A atuação dos profissionais no cumprimento das atribuições é ótima com um impacto positivo na comunidade, a identificação dos grupos, das famílias, e indivíduos expostos a riscos no processo territorial e mapeamento é feito pela Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde - (ACS), mas agora com a chegada do Clínico Geral do programa Mais Médicos, propusemos incorporá-lo junto a enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para essas atividades.

Os profissionais da UBS realizam a notificação compulsória das doenças e agravos notificáveis, além do que toda a equipe não participa na busca ativa desses agravos, e então propusemos a incorporação de todos os profissionais melhorar a atenção aos usuários na comunidade. Os profissionais respeitam os fluxos de referência e contra referência, mas não utilizam os protocolos quando os usuários são encaminhados a outros níveis do Sistema de Saúde. A partir desta data começou a organização dos protocolos. Não existem dificuldades no

acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário quando é encaminhado a outros níveis do sistema em situações de internação hospitalar, porque o médico faz parte diariamente do atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS). Uma ideia para melhorar esse fluxo seria um contato telefônico da equipe de referência para o Hospital avisando da alta e estado de saúde e indicações para dar continuidade aos cuidados.

A população da Equipe da Saúde da Família (ESF) é de 3.432, a maior quantidade de pessoas encontra-se no grupo etário de 20 anos ou mais com 2.434 habitantes, seguindo os de 15 a 59 anos com um total de 2.247. A Equipe é adequada para a atenção dessa população, temos 1311 homens e 2121 mulheres.

Além disso, temos uma especificidade, pois a população é beneficiada para os atendimentos com os médicos contratados das diferentes especialidades como Pediatra e Ginecologista. O quadro profissional das equipes é suficiente para cobertura satisfatória das necessidades de atendimento à população, a mesma está dividida em 05 micro áreas para um melhor organização.

O acolhimento dos usuários é feito, à priori, pela recepcionista, enfermeira, técnica de enfermagem, médicos e odontólogos na recepção, sala de triagem e no consultório médico. Não existe equipe de acolhimento, ou seja, falta recursos humanos para isto, mas os acolhimentos não deixam de acontecer com qualidade. Com relação à adstrição, existe boa relação dos pacientes e trabalhadores da saúde, boa coordenação e integração de ações programáticas e demanda espontânea, além de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, temos territórios de abrangência com mobilidade estável.

O modelo de acolhimento que utilizamos pela equipe é misto e acolhimento coletivo por toda a equipe de saúde. As enfermeiras quando realizam a escuta dos usuários e precisam de alguma intervenção são responsáveis de fazer esta, até que o médico faça a avaliação integral, ela é quem classifica a demanda geralmente, por problema de saúde agudo tentando oferecer todos os atendimentos no dia, fazendo dos imediatos e prioritários 100%. São atendidos de forma prioritária os casos de urgência e emergência por toda equipe de saúde. Sempre registramos os atendimentos nos prontuários clínicos, odontológicos, espelho de vacinas, ficha de atendimento nutricional, caderneta das crianças, cadernetas de idosos e cartão da gestante.

Atualmente melhorou o processo de trabalho e acolhimento de demanda espontânea da Unidade Básica de Saúde (UBS) pela chegada dos médicos do Programa Mais Médicos e os usuários mostram-se satisfeitos.

Em relação à atenção ao pré-natal e Puerpério fizemos uma avaliação integral em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) e identificamos que temos uma cobertura pré-natal de 35%, sendo 51 o número estimado, mas com 18 gestantes residentes na área e acompanhadas na Unidade Básica de Saúde (UBS). As dificuldades com o acompanhamento são apresentadas porque elas mesmas decidem sua atenção com um ginecologista e obstetra da rede privada.

O indicador de qualidade com relação ao pré-natal iniciado no primeiro trimestre é adequado a 100% pois elas procuram a UBS quando tem a primeira amenorreia em busca do BHCG, logo após resultado positivo já se inicia o pré-natal.

Existe protocolo para atendimento do pré-natal, produzido pelo Ministério da Saúde e adaptado pela Secretaria de Saúde do Município, Programa da Gestante, todos os profissionais que atendem o pré-natal conhecem e cumprem as ações relacionadas com o atendimento e avaliam a qualidade a aceitação. Com o Programa do Mais Médicos, está melhorando muito a qualidade na avaliação e monitoramento do pré-natal, este é desenvolvido pela enfermeira, obstetra e o médico da equipe da Estratégia da Saúde da Família(ESF). Temos o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS)que, apesar de serem poucos, fazem orientações e busca ativa.

As gestantes são avaliadas também por nutricionista, de quem recebem orientações de hábitos alimentares saudáveis, também é avaliada a saúde bucal por odontologista, se tiverem risco sociais são encaminhadas para atendimento com a Assistente Social junto a Unidade Básica de Saúde (UBS), quando é notado mudança no comportamento da gestante também a avaliada por psicóloga. Todas as gestantes recebem orientações básicas de cuidados, educativas no pré-natal e puerpério e também com o recém-nascido, nem todas participam dos grupos, porém estamos tentando multiplicar essas ações com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que elas participem.

O indicador de cobertura no puerpério nos últimos 12 meses é de 93%, pois temos 38 acompanhadas das 41 que são estimadas para nossa área. Este indicador é satisfatório devido ao monitoramento rigoroso, pois há uma aceitação da parte da

puérpera quanto às orientações e cuidados, sendo assim os outros indicadores de qualidade estiveram aceitáveis de 95% (N = 36).

Em nossa Unidade Básica de Saúde(UBS) temos 36 crianças menores de um ano, que dão um percentual de 88% de índice de cobertura de Atenção de Puericultura (N= 36, estimados 41). Este percentual só não é maior porque temos em nosso município programas específicos que atendem as crianças consideradas de alto risco. Garantimos a primeira consulta antes os 7 dias e atenção das crianças até um ano com a Especialista de Pediatria na Unidade Básica de Saúde (UBS), e com clínico geral e enfermeira. Todas as ações são feitas: teste do pezinho, da orelhinha, pesagem, mensuração, vacinação, os indicadores de qualidade estão em 100 %. A morbimortalidade é estável. Em algumas ocasiões apresentamos um número maior de doenças respiratórias agudas mais frequente no inverno. A Equipe prioriza o planejamento, avaliação e monitoramento das atividades de educação em saúde.

Quanto a Prevenção do câncer de colo de Útero e de Mama temos um total estimado de 946 mulheres entre 25 e 64 anos, sendo que são atendidas na UBS 795 com um índice de cobertura de 84%, isto se deve pelo fato de nossa UBS recentemente ter mudado de endereço, além de que ainda não temos o quadro de Agentes Comunitários de Saúde(ACS) incompleto originando um atraso no cadastro das famílias e na busca das mulheres entre 25 e 64. A equipe da UBS, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e parceiros, faz visitas domiciliares para buscar as pacientes que se encaixam neste controle do câncer do colo de útero. O Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia é de 682 mulheres, ou seja, 86%. Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses em atraso é de 14% (N = 113).

Observa-se uma melhora no indicador de Cobertura para prevenção e controle do Câncer de Mama, sendo de 85%, com 291 mulheres que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde(UBS) (de 355 mulheres entre 50 e 69 anos estimadas). Temos apenas 10 mulheres com mamografias que tem mais de 3 meses em atraso formando 3%. Fazemos ações de prevenção de saúde sempre que elas vêm a Unidade Básica de Saúde (UBS), e assim fazemos também os exames clínicos das mamas. Quando necessário estas mulheres são encaminhadas para fazer mamografia, tanto pelo clínico geral ou pelo ginecologista. Não contamos com um arquivo específico para o registro de resultado de mamografia, só fizemos

as anotações no Prontuário Clínico. Porém já estamos buscando junto a secretaria municipal de saúde uma maneira de contarmos com um arquivo específico em nossa Unidade Básica de Saúde UBS.

A Diabetes Mellitus e Hipertensão são duas doenças crônicas que causam grande morbidade em nossa Unidade Básica de Saúde(UBS), são doenças complexas que geralmente estão associadas a outros fatores como dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso, aterosclerose, pelo que as ações educativas estão direcionadas no controle da prevenção desses fatores de risco.

Antes, os atendimentos eram oferecidos à livre demanda, atualmente tentamos reorganizar as consultas com agendamentos planejados de acordo com o protocolo de Ministério da Saúde. Não são muitos os problemas de saúde agudos atendidos devido a estas doenças. Fazemos atividades preventivas individuais de educação e promoção de saúde com os portadores de diabetes e hipertensão sobre prática de atividade física e alimentação saudáveis. A nutricionista faz importantes atividades preventivas com esse grupo da população. A maior quantidade encontra-se nas pessoas que apresentam Hipertensão 625 e índice de cobertura 81% (dos 767 estimados na área), seguido da Diabetes com um total de 175 pessoas que representa 80% (219 estimados) da população com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS). Trabalhamos conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e parceiros identificados e, apesar da UBS não ter um arquivo específico, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)fazem um levantamento desses dados direto na comunidade e nos prontuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), é feito um trabalho bem aplicado, pois sempre estamos revisando os arquivos dos pacientes.

Os Médicos da Equipe conhecem os Protocolos do Ministério de Saúde e dão cumprimento aos mesmos, mas ainda temos algumas dificuldades com a elaboração e adequação deles a na Unidade Básica de Saúde UBS é uma das propostas da Equipe para reorganizar o trabalho.

Estima-se que existem 468 idosos em nossa área de abrangência, sendo 287 sob conhecimento da Equipe de Saúde da Família (ESF), com uma cobertura de 61%. Dos que fazem os atendimentos em nossa UBS, os mesmos apresentam Doenças Crônicas não Transmissíveis (HAS, 122 - 43 % e DM 74 – 26 %), eles comparecem às consultas médicas para controle e acompanhamento, e nestas consultas realiza uma avaliação de risco multidimensional se necessário para

encaminhar a outro profissional da equipe (nutricionista). O indicador da Saúde Bucal dos idosos hoje em dia é de 69 idosos (24%), além das ações feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na comunidade.

As dificuldades apresentadas com os atendimentos dessas pessoas estão dadas em que nem todas tem avaliação da saúde bucal, nem todos tem as cadernetas de idosos, as visitas domiciliares ainda não são feitas planejadamente, nem fazemos avaliação de fatores de risco no domicílio. De agora em diante a equipe tenta se organizar para melhorar os indicadores, realizar ações educativas e preventivas e avaliação multidimensional em 100% dos idosos, pelos clínicos gerais nas consultas agendadas. A participação da Nutricionista é importante na prevenção das doenças dos idosos, orientando-lhes uma dieta saudável para melhorar sua qualidade de vida. A Fisioterapeuta também faz os atendimentos de reabilitação terapêutica.

A implantação de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma melhoria para qualidade de vida da população, fazemos os atendimentos a demanda espontânea aos usuários e também aos grupos prioritários que os clínicos gerais encaminham. A capacidade instalada de atendimento clínico é de 0.3 procedimentos por habitantes/ano, o parâmetro mínimo ao preconizado pelo Ministério da Saúde não cobrimos o total da população da Unidade Básica de Saúde (UBS) que precisa atendimento. O atendimento aos usuários é realizado com a Primeira consulta programática. Não há uma quantidade de urgência, priorizando as escolas. A equipe de saúde bucal não participa das visitas domiciliares, estamos reorganizando o trabalho para que o clínico geral do programa mais médicos encaminhe ao dentista, com planejamento e agendamento, os grupos prioritários (diabéticos, hipertensos, idosos).

O maior desafio que temos é fazer atividades coletivas em todas as populações-alvo, uma solução seria aproveitar os deslocamentos rotineiros da equipe para realizar também essas ações educativas coletivas.

Os recursos humanos são os melhores que temos na Unidade Básica de Saúde (UBS), eles procuram proporcionar aos usuários sempre um bom atendimento dentro da realidade que vivemos, foi realizado recentemente uma reforma interna na UBS para melhorar as condições da estrutura física para os atendimentos.

Em nossa comunidade são feitas ações de Promoção e Prevenção de Saúde, humanização do trabalho e participação da Comunidade, com a ajuda dos gestores, e aplicação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade e Equidade, recebendo os usuários ótima atenção. A mudança de estilo de trabalho da equipe, unida e forte se dispõem a fazer novas estratégias importantes para que no futuro possa ter impacto positivo nos atendimentos dos usuários de nossa comunidade.

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

Em nossa Unidade Básica de Saúde(UBS) desde o início dos trabalhos até agora e com a incorporação dos médicos do Programa Mais Médicos e da Especialização de Saúde da Família são feitas ações e mudanças de estilo de trabalho e estão melhorando os atendimentos na comunidade, incrementando o nível da satisfação da população. Também é maior a intervenção dos gestores municipais.

Foram adquiridos carros para fazer as visitas domiciliares, o impacto muito positivo da incorporação dos parceiros para ajudar a fazer visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para avisar aos faltosos dos agendamentos, ao mesmo tempo o incremento dos recursos humanos: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mais um médico ginecologista o que melhorará os atendimentos dos serviços de saúde na unidade.

Com aplicação do Engajamento Público são feitas palestras para informar a população sobre a existência dos Programas do Ministério da Saúde que irão beneficiar sua atenção e uma melhora da qualidade de vida. São feitas ações de Promoção e Prevenção de Saúde e maior incorporação da comunidade e os grupos prioritários.

Além das dificuldades, do planejamento, avaliação e monitoramento das ações dos Programas foram potencializadas, atualmente todos os trabalhadores estão envolvidos junto a Equipe para, de agora em diante, solucionar, com o Profissionais responsáveis por cada uma delas.

Fazendo uma avaliação integral do trabalho em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) tem sido ótima neste período e a expectativa da Equipe é aprofundar no cumprimento dos programas estabelecidos para melhorar a qualidade de vida dos usuários com a participação dos gestores, trabalhadores e dos parceiros aplicando os princípios do Sistema único de Saúde (SUS) de integralidade humanização e equidade. Esta visão foi potencializada a partir da análise situacional.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O processo de envelhecimento tem como característica a diminuição da reserva funcional que somada à anos de exposição e inúmeros fatores de risco torna as pessoas de mais idade mais vulneráveis a doenças.

Estima-se que existam atualmente 17,6 milhões de idosos no Brasil (BRASIL, 2006). Segundo estatísticas, o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, cerca de 85% apresentarão pelo menos uma doença crônica até 2025 (IBGE, 2010).

Por meio do Sistema Único de Saúde, conjuntamente à Participação Popular, Inter-setoriais e de Educação Permanente é importante oferecer a essa população uma atenção integral e humanizada garantindo o acesso universal, igualitário e contínuo das ações, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

E também essas pessoas precisam de atenção às doenças que os atingem com maior frequência, por isso, torna-se necessário fazer mudanças no contexto atual, transformando o ambiente social e cultural a favor desta população e assim melhorar a sua qualidade de vida, considerando-se importante priorizar a atenção a esse grupo para o melhor atendimento.

Alegrete conta com uma população 77.768 habitantes, tem 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS)com ESF urbana e duas Equipe de Saúde da Família (ESF) rurais. Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) , Promorar tem duas equipes sendo que a em que trabalho tem uma população de 3.432.

A Estrutura física oferece uma ótima atenção aos usuários, Tem 01 sala de espera, 01 sala de recepção e arquivos de prontuários, 01 sala de curativos e

procedimentos, 01 sala de triagem e nebulização, 01 sala de vacina, 01 sala de esterilização, 01 sala de centro materiais, 01 sala de reuniões e Educação Continuada, 01 sala administrativa e enfermagem, 01 consultório odontológico e escovatório, 05 consultórios médicos com as adequações precisas para atenção aos usuários, sala de almoxarifado, 01 cozinha, 01 sala de vestiário com banheiro para funcionários, 02 banheiros um masculino e um feminino para usuários.

A equipe está constituída por Clínico Geral, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Odontologista, Psicologia e Fisioterapeuta. Outras especialidades, Pediatria e Ginecologia oferecem atendimentos.

Conforme relatado anteriormente, neste momento temos 287 pessoas de 60 ou mais anos em nossa área de abrangência e acompanhadas, com uma cobertura de 61%. Em relação aos que estão com acompanhamento em dia são 213 (74%). Muitos desse grupo de idosos apresentam doenças crônicas não transmissíveis (HAS, DM e Hipercolesterolemia) como consequência de tabagismo, obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares.

Não temos o controle dos 100% que pertencem a nossa área de abrangência pois ainda contamos com poucos ACS para cadastramento de todos, também temos dificuldades com a avaliação multidimensional rápida, onde temos um indicador de 74% (N=213), Os indicadores de fragilização na velhice e avaliação das necessidades da atenção da saúde bucal também tão diminuídos com 74% (N = 213) e 24% (N=69), respectivamente.

Com esta Intervenção queremos valorizar a implantação do acolhimento em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) construindo e envolvendo coletivamente a comunidade e todos os profissionais da área de saúde da família e demais funcionários.

Faremos ações que consistem na formulação do fluxo de atendimento e protocolo de avaliação, classificação de risco, composição de equipe de acolhimento, entre outros. Os resultados esperados dessa intervenção são a melhoria da qualidade de atenção e fortalecimento do controle social no período de 12 semanas.

Dentro das dificuldades e limitações que temos é organizar os atendimentos desses pacientes idosos. Essa dificuldade se dá por não termos o número suficiente

de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que dificulta também fazer as atividades de promoção e prevenção de saúde em sua totalidade

. A equipe tem maior interesse para dar soluções aos problemas que apresentamos para melhorar os indicadores e assim oferecer a este grupo melhor qualidade de vida, Temos como proposta fazer ações de promoção de saúde, humanização do trabalho e incorporar também à comunidade a aplicação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e dar cumprimento aos objetivos e metas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos Idosos com 60 anos ou mais na UBS Promorar Alegrete/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idosos

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto.

Meta 2.2 Realizar em 100% o exame clínico apropriado em a primeira consulta, incluindo exames físicos dos pés, com palpação dos pulsos de tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade para todos os diabéticos.

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

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

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

Meta 2.6 Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

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

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

Meta: 3.1 Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos as consultas programadas

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% do idosos.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Promorar, no Município de Alegrete/RS. Participarão da intervenção 468 pessoas com idade igual ou superior 60 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações da intervenção estão detalhadas a seguir, organizadas por eixo: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Objetivo 1-Ampliar a Cobertura do Programa de Saúde dos Idosos

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%

Monitoramento e avaliação:

Ação - Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente

Detalhamentos da ação: O monitoramento da cobertura dos idosos da área de abrangência serão realizados a cada quinze dias nas reuniões de equipe nas terças –feiras pela manhã, a atualização da cobertura será feita nas visitas domiciliares dos ACS com ajuda dos parceiros. Utilizaremos as fichas espelhos e planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:

Ação - Acolher todos os Idosos incluídos no projeto

Detalhamento da ação: Os Pacientes serão acolhidos pelas enfermeiras ou Técnica de enfermagem pela manhã e tarde.

Ação - Atualizar o Cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da UBS incluídos no foco da intervenção.

Detalhamento da ação: Os cadastramentos serão feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares semanalmente com o gerenciamento do enfermeiro.

Ação - Atualizar as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) a cada semana.

Detalhamento da ação: A enfermeira vai atualizar as informações do SIAB semanalmente.

Engajamento Público:

Ação - Realizar palestras nas Comunidades para que a população conheça a importância que tem o acompanhamento dos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gestores organizarão reuniões de quinze em quinze dias na Unidade Básica de Saúde (UBS) no primeiro e segundo mês com a comunidade para que a população conheça a importância que tem os acompanhamentos dos idosos na unidade de saúde.

Ação - Fazer informações através de cartazes na UBS e na Secretaria de Saúde

Detalhamento da ação: A Enfermeira é a responsável por fazer os cartazes para que a população conheça a existência do Programa de Atenção Integral a pessoas Idosas

Qualificação da Prática Clínica:

Ação - Capacitar a Equipe no Acolhimento aos Idosos

Detalhamento da ação: O médico do Programa capacitará a Equipe na primeira semana do primeiro mês na UBS para melhorar o acolhimento a estas pessoas.

Ação - Capacitar a todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca dos Idosos que não estão fazendo acompanhamento na Unidade

Detalhamento da ação: Haverá uma capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde ACS, pela enfermeira da equipe para a busca ativa dos idosos faltosos na primeira semana do primeiro mês na UBS.

Objetivo 2-Melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

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

Monitoramento e Avaliação:

Ação - Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida a todos os idosos incluídos no projeto.

Detalhamento da ação: O Monitoramento da Avaliação Multidimensional Rápida serão realizados pelo médico diariamente durante os atendimentos clínicos a partir do registro na ficha-espelho.

Organização e gestão do Serviço

Ação - Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida de todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Detalhamento da ação: É de responsabilidade da Secretaria de Saúde garantir os recursos necessários para os atendimentos.

Ação- Definir atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento da ação: Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes idosos pelo médico.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: A equipe organizará reuniões na comunidade que serão realizadas pelo médico e enfermeira para informar a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável

Qualificação da prática clínica

Ação - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada mensalmente pelo médico com auxílio da Enfermeira.

Ação- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento da ação: O treinamento da Equipe nas capacitações será feito pelo médico na segunda, terceira e quarta semana do primeiro mês.

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

Detalhamento da ação: O treinamento da Equipe será feito pelo médico. O treinamento será realizado na segunda, terceira e quarta semana do primeiro mês.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito nas fichas individuais e nas fichas de espelho de cada usuário pela enfermeira, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos idosos.

Detalhamento da ação: O médico será responsável de definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos.

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

Detalhamento da ação: A busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado serão feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares.

Ação - Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: O acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas serão organizados pela Enfermeira, através de agendamento de consultas.

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

Detalhamento da ação: O médico é o responsável de garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades., nas consultas feitas..

Engajamento público

Ação - Orientar os pacientes 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: A orientação aos 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, serão feitas pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, quinzenalmente na UBS, pelo médico especializando.

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

Detalhamento da ação: A capacitação da Equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas será feita pelo médico nas reuniões de equipe a cada quinze dias.

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e com protocolo adotado na Unidade Básica de Saúde(UBS)

Detalhamento da ação: Será realizada semanalmente através da verificação das fichas-espelho pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação - Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento da ação: Os exames complementares serão indicados pelo médico em cada consulta e visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Os exames complementares serão agilizados pela secretaria de saúde e serão feitos no Laboratório Municipal de segunda a sexta cada semana.

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

Detalhamento da ação: Será realizada diariamente pela Enfermeira através da verificação das fichas-espelho e prontuários dos usuários que não compareceram

aos exames de controle, as quais serão marcados com adesivos vermelhos para melhor identificação.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: A orientação aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares serão realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares e pela enfermeira também.

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

Detalhamento da ação: A orientação aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares serão feita pela enfermeira nas consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: A capacitação da equipe será realizada pelo médico durante a reunião de equipe que acontece quinzenalmente.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia /Hiperdia.

Detalhamento da ação: O farmacêutico fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia /Hiperdia, de forma mensal passará as informações para o médico que será responsável pela consolidação dos dados.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos serão realizado pela Farmacêutica. Na ficha-espelho e revisado mensalmente.

Ação- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pela Enfermeira que informara ao Farmacêutico mensalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: As orientações aos usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos na Farmácia /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas através de reuniões com a comunidade, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, o Enfermeiro e o Médico em cada consulta e também pela farmacêutica quando eles comparecerem para solicitar os mesmos

Qualificação da prática clínica

Ação - Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes.

Detalhamento da ação: A atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes será feita pelo médico especializando. nas consultas agendadas

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

Detalhamento da ação: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e pelo farmacêutico durante a reunião de equipe que acontece quinzenalmente

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação: Serão feitas através das visitas domiciliares pelas enfermeiras que terão um controle desses usuários através das fichas espelhos em um fichário à parte. As fichas espelho serão revisadas periodicamente para adequado monitoramento.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa serão garantidos pelo médico pela enfermeira.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e Enfermeiras organizarão reuniões mensais com a Comunidade e também nas reuniões dos gestores para informar a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas.

Qualificação da Prática Clínica

Ação- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento da ação: A Enfermeira da Equipe organizará uma capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência na primeira semana do primeiro mês na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação: Será feito pela Enfermeira quinzenalmente nas visitas domiciliares realizadas.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: A Enfermeira organizará a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção a partir da terceira semana sempre na quinta-feira pela manhã juntamente com a medica

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: As orientações à comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar serão dadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares semanalmente e em reuniões de grupos na comunidade.

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

Detalhamento da ação: As orientações a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção serão dadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares realizadas cada semana e em reuniões de grupos na comunidade

Qualificação da Prática Clínica

Ação- Orientar aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento da ação: As orientações aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, serão feitas pelo médico e Enfermeira nas reuniões da equipe cada quinze dias.

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), periodicamente.

Serão feitos pela Enfermeira através do monitoramento da Pressão Arterial (PA) de segunda a quarta-feira com uma frequência semanal. Os dados serão registrados nas fichas espelhos, que serão revisadas periodicamente para adequado monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Ação - Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de Hipertensão Arterial (HAS).

Detalhamento da ação: Os acolhimentos serão feitos na recepção e na sala de triagem pelas recepcionista, enfermeiras e técnicas de enfermagem.

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

Detalhamento da ação: O material adequado será providenciado pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem e pela secretaria de saúde.

Engajamento Público

Ação- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Detalhamento da ação: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiro e o Médico organizarão em suas micro áreas, uma reunião mensal, nas comunidades com pacientes idosos, para informar-lhes sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS).

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: O médico nas reuniões quinzenais capacitará a equipe de Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para Diabetes Mellitus(DM), periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitos pela Enfermeira a partir da quarta semana do primeiro mês periodicamente. Todos os dados serão registrados nas fichas espelho que serão revisadas periodicamente para adequado monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Ação- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de Diabetes Mellitus DM.

Detalhamento da ação: Os acolhimentos serão feitos na recepção e na sala de triagem pelos integrantes da equipe.

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

Detalhamento da ação: O material adequado será garantido pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem e pela Secretaria de Saúde.

Ação- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento da ação: Será realizada diariamente pela Enfermeira através da verificação das fichas-espelho, usando adesivos vermelhos para identificação.

Engajamento Público

Ação - Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus (DM) em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento da ação: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeira e o Médico orientarão a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus (DM) em idosos com pressão arterial

sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica através das consultas. e nas visitas domiciliares

Ação- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus (DM)

Detalhamento da ação: A Enfermeira e o médico orientarão as comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus (DM) nas reuniões na comunidade.

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: Será realizado através de treinamentos pela Enfermeira na sala de triagem na UBS, na segunda semana do primeiro mês.

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

Monitoramento e avaliação

Ação- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento dos idosos.

Detalhamento da ação :O monitoramento dos idosos que necessitam de atendimento odontológico será feito através do registro nas fichas espelho que serão revisadas periodicamente. Serão realizadas consultas odontológicas para os idosos com uma periodicidade semanal

Organização e gestão do serviço

Ação- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Os pacientes idosos serão acolhidos diariamente pelas duas Enfermeiras e técnicas de enfermagem, no horário da manhã e tarde, e pela recepcionista na recepção.

Ação - Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O cadastramento será realizado pelos ACS nas visitas domiciliares feitas na Comunidade.

Ação Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O Odontólogo oferecerá os atendimentos prioritários aos idosos nos quatro dias planejados de cada semana.

Ação Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento da ação: A Organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos será feito pelo odontólogo.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos será feita pelo odontólogo na segunda semana do primeiro mês.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento dos idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será feito pela Enfermeira através do controle nas visitas odontológicas no período do tratamento. Revisaremos as fichas espelho periodicamente para o adequado monitoramento.

Organização e gestão do serviço

Ação- Organizar acolhimento a idosos na Unidade de Saúde.

Detalhamento da ação: Os pacientes idosos serão acolhidos diariamente pelas das Enfermeiras e técnicas de enfermagem, no horário da manhã e tarde e pela recepcionista.

Ação- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos na área de abrangência.

Detalhamento da ação: O monitoramento da utilização de serviço odontológico por idosos na área de abrangência será feito pelo ACS e pela Enfermeira.com a revisão das fichas de espelhos

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

Detalhamento da ação: O odontólogo realizará a organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Ação Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento da ação: O médico Odontologista oferecerá os atendimentos prioritários aos idosos de segunda a quinta feira de cada semana.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Na reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares

Ação- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento da ação: Na reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento da ação: Será feito pelo Médico nas reuniões da equipe efetuadas quinzenalmente.

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

Detalhamento da ação: Serão feito pelo Médico Odontologista nas reuniões da equipe.

Ação- Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento da ação: A Capacitação dos ACS será feita pelas Enfermeiras.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas no Programa

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela enfermeira através da revisão da ficha espelho e prontuário dos idosos faltosos, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação: A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos serão feitas pelos ACS e enfermeira de forma semanal.

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

Detalhamento da ação: A organização da agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares serão feita pela Enfermeira através do agendamento prévio pelos ACS.

Engajamento Público

Ação- Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento da ação: Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pelo Enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: A través de reunião mensal com a comunidade que será realizada pela Enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares.

Ação- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Na reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira e ACS e também através das visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: O treinamento dos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Será feita pelo enfermeiro quinzenalmente nos primeiros meses do início do Projeto.

Ação- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da ação: Serão feitos nas reuniões da equipe semanalmente

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e Avaliação

Ação- Monitoramento da qualidade dos Registros dos idosos que faz atendimentos na UBS.

Detalhamento da ação: O monitoramento da qualidade dos Registros dos Idosos que realizam consulta acompanhada na Unidade de Saúde, serão feitas pelo Médico e pela Enfermeira coletando os dados das fichas de atendimento médico e odontológico que serão informados nas reuniões da equipe na terça-feira pela manhã.

Organização e Gestão do Serviço

Ação- Manter as informações do SIAB atualizadas semanalmente.

Detalhamento da ação: As informações do SIAB serão atualizadas pela Enfermeira semanalmente.

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

Detalhamento da ação: A planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Serão feita e implantada pelo Médico da Equipe.

Ação- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: O registro de informações será feita pela Enfermeira de forma mensal.

Ação- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

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

Detalhamento da ação: O médico organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos

Engajamento Público

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: O Equipe organizará dentro de cada micro área, encontros primeiro mês do projeto onde serão abordados os direitos em relação a manutenção dos registros de saúde

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação:A Secretaria de Saúde organizará com os gestores do Estado fazer videoconferências para que a equipe seja treinada no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos devendo estar incluídas no cronograma da gestão administrativa

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

Monitoramento e Avaliação

Ação- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosos.

Detalhamento da ação: O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: Será feito pela Enfermeira.

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: Se organizará pela equipe dentro de cada micro área, encontros primeiro mês do projeto onde serem abordados sobre o direito em relação a manutenção dos registros de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: O médico organizará a capacitação nas reuniões com relação ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento do número de usuários idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será feita pelo médico especializando semanalmente

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico especializando, tanto em consultas e visitas domiciliares.

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: Os usuários serão orientados pelo médico e enfermeira em cada visita domiciliar e nas consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: A Capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa será feita pelo médico especializando na segunda semana do início da Intervenção

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento de número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será feito pelo médico nas consultas semanais com a revisão dos prontuários e as fichas de espelho .

Organização e Gestão do Serviço

Ação- Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da ação: Os atendimentos dos idosos fragilizados na velhice serão feitos com prioridade pelo médico, enfermeira e ACS nas visitas domiciliares semanais.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: A orientação aos usuários fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais frequente serão feita pela enfermeira em reunião mensal na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será feita pelo médico. Nas primeiras semanas do início da intervenção

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

Monitoramento e Avaliação

Ação- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados e os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito pela enfermeira e ACS através da revisão das fichas espelho e prontuários, semanalmente, a partir da segunda semana.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: Os ACS e Enfermeira agendarão as visitas domiciliares a idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público

Ação- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção

da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, etc...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento da ação: Os usuários serão orientados pelos ACS e enfermeira em cada visita domiciliar e nas reuniões com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos. O médico é responsável para dar capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6 Promover a saúde dos idosos.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: Através da revisão das fichas-espelho pela enfermeira mensalmente.

Ação Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento da ação: A nutricionista é a responsável de monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição através das consultas onde serão pesados e medidos os idosos para o controle nutricional. Os dados serão registrados nas fichas espelho e essas serão revisadas periodicamente para o adequado monitoramento

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: Será definido nas reuniões de equipe a nutricionista, o médico e enfermeira orientaram para alimentação saudável.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: A comunidade receberá as orientações sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis nas reuniões planejadas.

Qualificação da Prática Clínica

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: A nutricionista oferecerá capacitação para conhecer e orientar as pessoas idosas a importância da alimentação saudável como estabelece a guia alimentar para a população Brasileira, isso será realizado em consultas individuais.

Ação- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da ação: A nutricionista oferecerá capacitação para conhecer e orientar as pessoas idosas diabéticos e hipertensos a importância da alimentação saudável a cada consulta

.

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito pela enfermeira nas fichas de espelho mensalmente

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

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito pela enfermeira nas fichas de espelho mensalmente.

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: A orientação aos idosos sobre a importância da prática de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, e pela fisioterapeuta durante a reunião mensal com a comunidade e também nas consultas médicas.

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

Detalhamento da ação: O médico será o responsável de demandar ao gestor municipal as parcerias institucionais para realização de atividade física.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: A orientação aos idosos e a comunidade sobre a realização de atividade física regular será feita pelos ACS em visitas domiciliares, pela fisioterapeuta durante a reunião mensal com a comunidade e também pelo médico nas consultas médicas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: O Clínico Geral e a fisioterapeuta oferecerão capacitação à equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividades físicas regulares.

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

Monitoramento e Avaliação

Ação- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação: Ocorrerá semanalmente através das fichas-espelho

Ação Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação: Através das fichas-espelho pela enfermeira mensalmente

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da ação: Serão feitos pelo Odontólogo.na segunda semana do prime mês da Intervenção

Engajamento Público

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

Detalhamento da Ação: As orientações serão fornecidas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeiro e odontólogo.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pelo odontólogo da Equipe.na segunda semana do início da intervenção

2.3.2 Indicadores

Para cada meta estabelecemos indicadores para monitorar a evolução das ações, conforme descrito a seguir:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idosos

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%

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 qualidade da atenção à saúde dos idosos

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto.

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

Numerador : número de idoso com Avaliação Multidimensional rápida em dia

Denominador : número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde

Meta 2.2 Realizar em 100% o exame clínico apropriado em a primeira consulta, incluindo exames físicos dos pés, com palpação dos pulsos de tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade para todos os diabéticos.

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.4 Proporções 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 programas pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador : número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde

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

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

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

Denominador : número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.7 Proporção de idosos rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Numerador número de idosos hipertensos rastreados para HAS

Denominador número total de idosos hipertensos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.8 Proporção de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial rastreados para Diabetes Mellitus (DM).

Numerador número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial rastreados para Diabetes

Denominador numero total de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência.

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

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

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

Denominador : número total de idosos inscritos no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Meta: 3.1 Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos as consultas programadas

Indicador 3.1 Proporções de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: número de idosos faltosos às consultas programadas e buscadas pela Unidade de Saúde.

Denominador: número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

5.2 Proporções de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Numerador: número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% do idosos.

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

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Numerador: número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Saúde da Pessoa Idosa vamos adotar o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha da atenção aos idosos disponibilizada pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento

da intervenção, o médico vão elaborar uma ficha complementar.(Ficha Espelho) Estimamos alcançar com a intervenção 287 pessoas com 60 anos ou mais.

Inicialmente faremos contato com o gestor Municipal para dispor das 287 fichas complementares que serão anexadas a ficha/prontuário já existente do paciente. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico revisará as folhas controle da atenção a população, diariamente, identificando todos os idosos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos 3 meses. A enfermeira da equipe localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso .

A Análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção as pessoas idosas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe de quinze em quinze dias, sempre nas terças-feiras.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pelas Enfermeiras dividido em dois turnos de trabalho manhã e tarde. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Nos acolhimentos serão feitos o rastreamento da Pressão Arterial e Diabetes Mellitus com uma tomada da pressão arterial sustentada o maior que 135/80 mm Hg. Os agendamentos dos idosos da busca ativa serão reservadas 6 consultas por dia acolhimento.

Faremos contato com associação de moradores e com os parceiros da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da atenção à saúde dos idosos Solicitaremos apoio da comunidade e no sentido de garantir que todos os idosos compareçam aos atendimentos na UBS, e de esclarecer a comunidade sobre a existência do programa de atenção as pessoas com 60 anos ou

mais e da importância de priorizar os atendimentos deste grupo populacional .A Secretaria de Saúde fez contrato com a empresa Arte Gráfico para começar a fazer os cartazes que incluí a existência do Programa de Atenção Integral as Pessoas Idosas para oferecer as informações nas reuniões com a comunidade que serão feitas pelo Médico, Enfermeira e ACS de quinze em quinze dias nas quintas-feiras. Pensamos contar com todo material para a realização deste projeto.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas espelho dos pacientes idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará o idoso para um horário de sua conveniência e atualizarão o cadastramento dessas pessoas informando-nos nas reuniões de equipe que se realizarem. E também nessa reunião atualizaremos o registro e planejaremos as visitas domiciliares aos idosos acamados e com problemas de locomoção que serão feitas pelas enfermeira e médico todas as quinta-feira pela manhã.

O médico, na primeira consulta do idoso, fará a avaliação multidimensional rápida ao 100 % dos idosos que ainda não a tenham feita, assim serão identificados as pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade, fragilização na velhice, e orientará aos pacientes sobre hábitos alimentares saudáveis. A nutricionista as sexta-feira à tarde de cada semana dará agendamento aos idosos que serão encaminhados pelo médico orientando-lhes hábitos alimentares saudáveis, priorizando os que tenham maior risco, as anotações serão preenchidas no ficha nutricional e a enfermeira na revisão das fichas, semanalmente, rastreará os que ainda não tenham avaliação pela nutricionista. O controle de estoque de medicamentos será realizado pela Farmacêutica e revisado mensalmente o que informará em reuniões de Equipe a Enfermeira.

Para que possamos monitorar os usuários idosos que necessitam de atendimento odontológico, em consultas e visitas domiciliares, encaminhamos a visita ao odontólogo para que haja uma avaliação de suas necessidades, através de um agendamento na UBS. Também orientamos a comunidade sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal.

A Fisioterapeuta é a responsável de orientar os idosos e planejar em parceria com o professor de educação física a importância da prática de atividade

física regular para a saúde, sendo que tais atividades são desenvolvidas com os grupos de idosos uma vez por semana, na comunidade e a enfermeira junto ao agente comunitário de saúde farão a visita no domicílio aos idosos identificados com rede social deficiente e se informará nas reuniões efetuadas pela equipe para a atualização dos dados nos registros.

Ao final de cada mês, as informações coletadas nas fichas espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Nossa Equipe de Saúde da Família está trabalhando de forma integrada e participativa na tentativa de sanar problemas de Saúde encontrados em nossas Comunidades principalmente com os idosos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para iniciarmos a Intervenção fizemos um trabalho de orientação a toda a Equipe de Saúde, utilizando o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa envolvendo os Gestores Administrativos, Secretário de Saúde, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, Odontólogo, Nutricionista. Foram fixados na UBS e na Secretaria de Saúde folders informativos para o conhecimento da população da existência do Programa de Atenção Integral das pessoas Idosas.

Para desenvolvimento da intervenção orientamos a comunidade e lideranças sobre a existência do Programa da Atenção as Pessoas Idosas, a importância do acompanhamento sistemático na UBS, da atenção clínica e de saúde bucal, do direito ao acesso aos medicamentos na Farmácia Municipal (Hiperdia). Foram realizados com a equipe encontros e palestras na Comunidade, sobre a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis Hiperdia, Obesidade e Dislipidemias que afetam em maior quantidade a nossa população e inclui aos idosos, como consequência dos maus hábitos alimentares e tivemos muito boa aceitação da comunidade.

Buscamos ampliar a cobertura da pessoas da terceira idade cadastrando 262 idosos (56%) da área de abrangência no Programa de Atenção Integral da Pessoa Idosa da unidade de saúde, porém estão fazendo mudanças na agenda de trabalho, deslocamentos frequentes da Equipe na Comunidade e dar continuidade ao trabalho diariamente E também houve uma melhora na capacitação da Equipe e dos registros específicos , os prontuários; Incorporando a Ficha de Espelho na rotina do trabalho na UBS .

Alguns dos aspectos positivos que nos gratificam muito é a acolhida que recebemos de toda a população. Quando chegamos aos seus lares, em visitas domiciliares, são amáveis, e da Rádio na Divulgação do Projeto o apoio da Prefeitura, da Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação Assistência Social com a disponibilidade dos recursos para o andamento da Intervenção para uma melhoria da Qualidade de vida dessa população. O apoio oferecido pelo Odontologista que atende nas Escolas pelo que foi garantido os atendimentos aos idosos que ainda não tiveram.

Os indicadores Avaliação Multidimensional Rápida, exames clínicos apropriados a todos os idosos mais aos Hipertensos e Diabéticos, a proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação para fragilização na velhice estão em 100 % de cumprimento .

Todos os idosos cadastrados com Hipertensão e Diabetes tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, assim outros com outras doenças. O 100% deles receberam seu Caderneta de Idoso para uma melhoria da identidade e identificação das doenças que apresentam .

O acolhimento tem sido feito pela Enfermeira com uma melhoria na qualidade dos mesmos porque agora se mede estatura, perímetro braquial e o peso de todos os idosos que assistem a atendimentos. O médico fez o cadastro diariamente, e ofereceu os atendimentos clínicos priorizando aos de maior risco de morbimortalidade e fragilização na velhice, também fez o cálculo de IMC e preenchimento dos dados na Ficha de Espelho. De agora em diante eles são encaminhados ao Nutricionista quando estão com baixo ou sobrepeso ou outras doenças crônicas não transmissíveis (HAS e DM). A Equipe cada semana fez as visitas domiciliares aos acamados e com dificuldade de locomoção; A A.C.S junto ao Enfermeira fizeram a busca ativa dos usuários faltosos na mesma semana e com apoio da recepcionista pelo telefone. Uma das ações mais importantes da Intervenção e que as atividades educativas são feitas pelo médico e a Enfermeira rotineiramente na UBS, área da recepção e nas consultas. E também aproveitamos as reuniões da comunidade nas escolas e igrejas para fazer as atividades educativas semanais com a participação dos grupos de idosos. A Prefeitura e a Secretaria de Saúde mostram-se interessadas com a Intervenção e oferecem apoio com os recursos materiais para dar continuidade as atividades. A UBS tem

mudanças na rotina do trabalho dia a dia para uma melhora na qualidade da atenção das pessoas idosas e qualificação do atendimento destes usuários.

As ações previstas na Intervenção estão funcionando adequadamente até agora e todas tem sido incorporada à rotina do serviço na UBS Promorar. A ACS fez com muito esforço a busca ativa dos idosos faltosos recuperando-se na mesma semana, a dificuldade encontrada foi que só temos uma ACS, a mesma faz mudança sistematicamente na agenda de trabalho para dar cumprimento as ações planejadas, pelo que para dar continuidade a essa ação propusemos a Gestora de Saúde completar a Equipe com outro ACS .

A avaliação dos usuários com odontologia é necessária que fique na UBS, já que existe uma demanda dos pacientes com problemas odontológicos, e necessidade de próteses dentarias. O projeto conseguiu melhorar os atendimentos, mas ainda temos que aprofundar em essa ação.

Na UBS os atendimentos às pessoas idosas não eram agendados, era somente à livre demanda. Mas, desde o começo da Intervenção tivemos que organizar a agenda de trabalho dos profissionais e de agora em diante seus atendimentos são agendados pelos diferentes grupos populacionais por cada dia da semana.

O gestor do município tomou conhecimento da intervenção desenvolvida e incorporada rotineiramente na UBS pelo que apoia de maneira contínua uma melhora na qualidade dos atendimentos dessas pessoas

Percebem-se muitos benefícios com a implementação na rotina do serviço:

- Reorganização do serviço;

- Definir atribuições de cada membro da equipe e planejar com a equipe o registro das informações com o preenchimento adequado da ficha espelho em quantidades suficientes do modelagem disponíveis no posto, garantidos por o administrativo do posto;

- Organização dos arquivos para acomodar os resultados dos exames e dos documentos necessários planilha/ registro específico para acompanhamento dos atendimentos das pessoas idosas, o registro de alerta quanto ao atraso na realização consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na não realização da Avaliação Multidimensional rápida;

-Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria. O maior desafio da intervenção refere-se a uma melhora da Qualidade da Atenção da população Idosa do Município, este grupo populacional apresenta Doenças Crônicas não Transmissíveis (HAS, DM e Hipercolesterolêmica), para garantir que todos tenham acesso as consultas de menor ou maior complexidade, oferecendo-lhes uma atenção diferenciada, aplicando os princípios de integralidade, humanidade e equidade, para lograr com a aplicação dos métodos científicos fazer mudanças no estilo de vida.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas dificuldades climáticas tais como o frio, a chuva, falta do transporte em ocasiões para nas visitas domiciliares, atrapalharam o desenvolvimento dessas ações no dia, mas sinto que o desenvolvimento do projeto alcançou avanços significativos através de muito esforço e trabalho, durante estas 12 semanas.

Com o passar das semanas, apesar das dificuldades, os pacientes começaram a entender a necessidade e o comprometimento de não faltar as consultas agendadas, embora estivesse chovendo e frio, eles se esforçavam porque observaram o quanto o tratamento é importante e pode trazer uma boa qualidade de vida através das orientações dadas.

Com a chegada de novos veículos para a atenção básica, foi melhorando a dificuldade que era encontrada no transporte de pacientes que não tinham como chegar até a UBS. Destacando-se o apoio oferecido pela Secretaria de Saúde na recolhida nas casas das pessoas idosas acamadas e com problemas de locomoção

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, observamos que a planilha foi de fácil preenchimento, mas

era muito difícil conseguirmos realizar esta atividade durante o expediente pela excessiva demanda de usuários e tivemos que utilizar tempo extra para o completar a ficha espelho. Porém, uma vez que a grande maioria sejam cadastrados o desenvolvimento das fichas de espelho ficam atualizadas com mais facilidade para o seguimento das mesmas nas consultas .

Todos os dados foram preenchidos por cada semana na planilha, obtendo-se os resultados esperados nos indicadores

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Na UBS não estava implantado o sistema de agendamento aos usuários mais desde o começo da Intervenção tivemos que organizar a agenda de trabalho dos profissionais e de agora em diante estão organizados pelos diferentes grupos populacionais por cada dia da semana.

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço percebeu-se, durante as reuniões, que a equipe mostrou-se satisfeita com a intervenção e referiu que irá continuar com as atividades, porém a unidade de saúde vai passar por várias mudanças dentre elas a mudança do pessoal como enfermeira, técnicas em enfermagem, e o médico clínico geral o que deve comprometer o seguimento da qualificação do atendimento destes usuários para uma melhora da qualidade dos atendimentos destas pessoas.

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idosos

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%

A UBS Promorar tem uma estimativa de 468 pessoas idosas, conforme o Caderno de Ações Programáticas. Com relação ao objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso, tínhamos como meta cadastrar 90% deles.

É importante ressaltar que, durante a intervenção, cadastramos todos os pacientes que vieram à consulta, mas estávamos com poucos cadastrados no primer mês então tivemos a ideia de assistir a rádio para aumentar a divulgação, e também aproveitar os diferentes cenários de Educação, Cultura e nas Igrejas para fazer atividades educativas para que a população se motivarem, assistirem e fiquem curiosos com a proposta.

No primeiro mês cadastramos 62 idosos (13,2%), no segundo mês 156 idosos (33,3%) e no terceiro mês 262 idosos (56%). Não alcançamos nossa meta inicial de 90%, contudo, consideramos que foi um número bastante expressivo, visto que, foram apenas 12 semanas de intervenção. Espera-se, nos próximos meses, que consigamos cadastrar todos os idosos de nossa área.

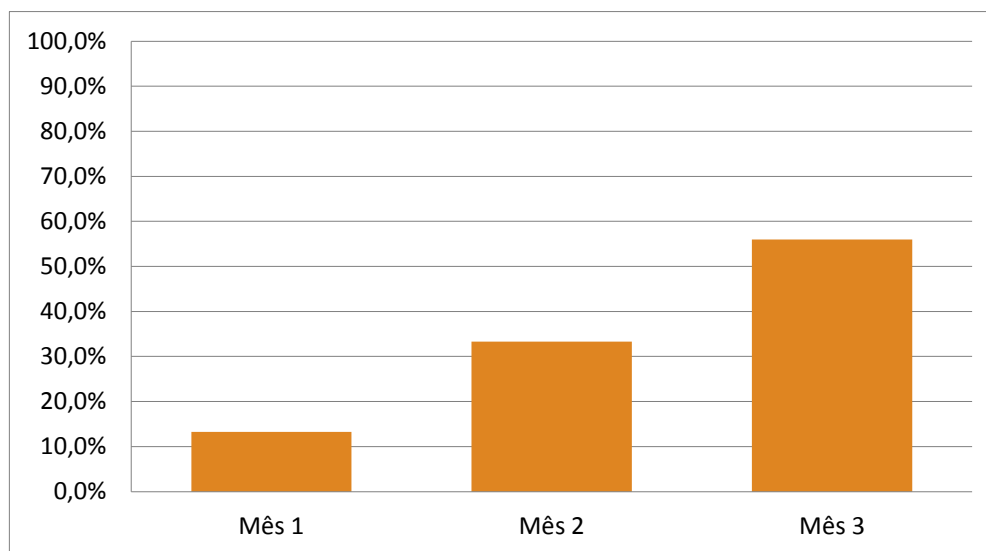


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos

Com relação ao objetivo específico 2 tínhamos 10 metas e seus resultados estão descritos a seguir:

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto.

Em relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos tínhamos como meta realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos incluídos no projeto. Obtivemos um grande sucesso neste indicador, pois realizamos esta avaliação em todos os pacientes cadastrados no programa, em todos os meses, sendo no mês um 62 idosos (100%), no mês dois 156 idosos (100%) e no mês três 262 idosos (100%).

A estratégia utilizada foi que a Equipe e ACS na mesma semana visitávamos e ligávamos por telefone aos que faltavam e compareciam a tempo pelo que o projeto teve êxito. Esclarecemos que já muitos deles haviam assistido a consultas e tinham feitas avaliação multidimensional rápida em dia.

Meta 2.2 Realizar em 100% o exame clínico apropriado em a primeira consulta, incluindo exames físicos dos pés, com palpação dos pulsos de tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade para todos os diabéticos.

Nesta meta também conseguimos atingir 100% dos idosos com o exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo. Ou seja, nos três meses 100% receberam exame clínico pelo que o indicador foi cumprido na totalidade. Foram realizados o exame clínico apropriado em 62, 156 e 262 idosos, nos meses um, dois e três, respectivamente. Alguns idosos faltavam, mas eram recuperados no mesmo mês, o que garantiu o indicador de 100% nos três meses da intervenção.

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

Outra de nossas metas era realizar exame complementar periódicos para todos os idosos com hipertensão e/ou diabetes. Como sabemos, a prevalência de tais doenças em idosos é elevada, o que exige uma maior atenção.

Neste indicador também atingimos a meta de 100% esperada. Sendo que, foram realizados exames complementares em 100% dos usuários em todos os meses da intervenção. O número de idosos com exame complementar realizado foi de 62 idosos no mês um, 156 no mês dois e 262 no mês três.

Para esta meta, tivemos o maior apoio do Laboratório Municipal na realização dos mesmos pelo que sempre tem vagas reservadas e oferecem prioridades as pessoas da Terceira idade e já muitos deles tinham os exames feitos ou indicados.

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

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é importante para garantir o acesso dos medicamentos, seja na farmácia da própria unidade ou na farmácia popular. Por isso, é importante priorizar a prescrição de medicamentos disponíveis nelas.

Com relação ao indicador correspondente a esta meta não foi possível cumpri-la no 100%. Observa-se que nem todos receberam prescrição de medicamentos da lista da farmácia popular conforme a figura 2.

No primeiro mês 77,4% (48 de 62), no segundo mês 87,8 (137 de 156), e no terceiro mês 88,2%(231 de 262). A queda deste indicador deu-se porque nem todos os idosos apresentam doenças crônicas que precisam de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Identificamos ainda que outros pacientes gostam de comprar seus medicamentos em outras farmácias e não aceitam esta prescrição.

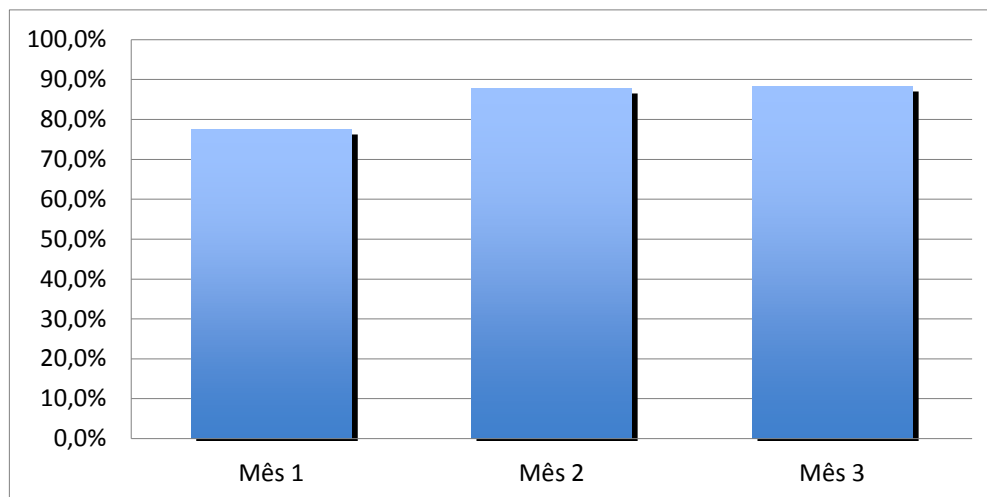


Figura 2: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

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

Com relação ao indicador correspondente a esta meta é possível observar que tivemos sucesso com nossa intervenção, ou seja, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados. Identificamos em nossa área que tínhamos 33 idosos acamados ou com problema de locomoção e era imprescindível garantir um acompanhamento diferenciado para eles.

No primeiro mês cadastramos 59.3% (16 de 27), no segundo e terceiro mês 100% (33 de 33). Esta missão foi possível em decorrência da busca ativa dos agentes de saúde e da estratégia de visita domiciliar. .

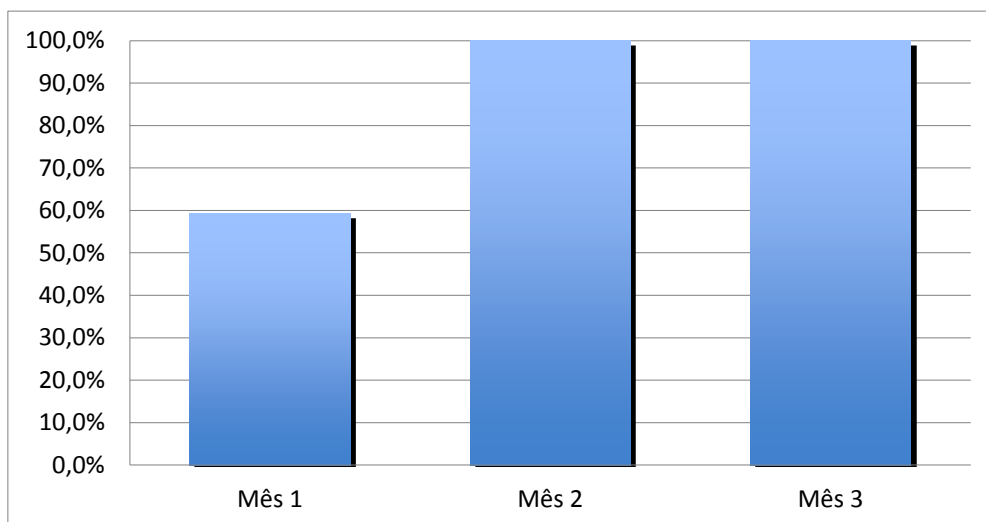


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

Em relação a visita domiciliar, também alcançamos nossa meta, visitando todos os pacientes que necessitavam de acompanhamento domiciliar.

No mês 1, dos 16 pacientes cadastrados como acamados ou com problema de locomoção visitamos todos eles (100%), no mês dois cadastramos 33 e realizamos a visita a 100% deles e no mês três mantivemos o número de cadastro e de visitas em 33 (100%). Isto foi possível devido adotarmos a estratégia de cadastrar no momento da visita domiciliar o que influenciou diretamente no outro indicador. É possível observar que desde o primeiro mês de intervenção já atingimos a meta no 100% dos pacientes da terceira Idade acamados ou com problema da locomoção forem visitados com grande esforço da ACS e da Equipe.

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

Ainda com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e tendo em vista que a prevalência de doenças crônicas é maior em idosos era imprescindível rastrear os idosos para HAS.

Neste sentido, todos os pacientes cadastrados tiveram verificação da pressão arterial na última consulta sendo este indicador cumprido em 100% nos três meses da intervenção. Adotamos como normativa que todo paciente quando chega a UBS para atendimento, no acolhimento a enfermeira ou técnica de enfermagem afere sua PA.

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

O mesmo foi estabelecido para DM. O paciente hipertenso precisa ser rastreado para diabetes. Assim, na nossa intervenção identificamos no mês um que tínhamos 44 pacientes hipertensos, no mês dois 118 pacientes com hipertensão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e no mês três 162 pacientes com PA elevada. Adotamos a conduta de rastrear todos estes pacientes para diabetes mellitus, conforme o protocolo alcançando 100% de indicador nos três meses da intervenção.

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

Em relação a esta meta tivemos o êxito deste indicador que foi cumprido no 100% nos três meses. Isso porque desde o início o médico fez avaliação da necessidade de atendimento odontológico na primeira consulta. No mês um esta avaliação foi realizada em 62 idosos, no mês dois em 156 e no mês três em 262 idosos, garantindo que 100% dos idosos recebessem esta avaliação.

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

Após a avaliação da necessidade de atendimento odontológico era necessário garantir a primeira consulta odontológica para todos os idosos. Em relação a isto, conseguimos atingir a meta proposta, os 262 idosos receberam atendimento odontológico (100% em todos os meses). Isto foi planejado que quando o médico fizera avaliação da necessidade odontológica passarem a técnica odontologista o controle dos mesmos para os atendimentos

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

Meta: 3.1 Realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos as consultas programadas

Além de melhorar a qualidade da atenção era indispensável melhorar a adesão dos idosos ao programa. Como meta, estabelecemos que precisaríamos realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Durante a intervenção tivemos 22 usuários que faltaram à consulta, no primeiro mês 10, no segundo mês 10 e no terceiro mês 2, mas nos três meses de intervenção foram realizadas todas as buscas ativas aos usuários faltosos no mesmo mês, com a ACS, na rádio e por telefone, deste modo foi realizado 100% de busca ativa em todos os meses da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Desde o início nossa grande preocupação era em relação aos registros, pois, não possuíamos um registro organizado e sistematizado que permitisse identificar rapidamente determinadas situações. Assim, tínhamos como meta manter registro específico para todos os idosos. Com relação ao presente objetivo que aborda a melhora nos registros específicos de 100% das pessoas idosas podemos observar que atingimos nossa meta, visto que em 100% dos pacientes que foram atendidos em cada um dos três meses da intervenção, foi possível atualizar e manter um registro na ficha de espelho adequado destes pacientes. Cada vez mais

temos usuários com seu registro na ficha de acompanhamento/espelho atualizada e com informações relevantes de cada paciente. No mês um atualizamos 62 fichas espelho, no mês dois 156 e no mês três 262, garantindo registro em 100% dos idosos em cada mês da intervenção.

Outra meta importante também relacionada aos registros era distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Neste objetivo atingimos a meta de 100% nos três meses na mesma proporção que a atualização da ficha espelho. Na primeira semana do segundo mês faltaram cadernetas que não foram entregues nas consultas no dia do cadastramento, mas foram solicitadas a Secretaria de Saúde que providenciou mais no mesmo mês de modo que distribuimos 62 cadernetas no primeiro mês, mais 94 no mês dois, totalizando 156 e mais 106 no mês três, totalizando 262 cadernetas distribuídas (100% em cada mês).

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

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

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

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

Outro de nossos objetivos era mapear os idosos de risco da área de abrangência. Isso porque, alguns idosos apresentam especificidades que exigem um acompanhamento mais frequente. Com relação a este objetivo que envolve o rastreamento das pessoas idosas para risco de morbimortalidade encontramos como resultado positivo, uma vez que em cada mês e ao final da intervenção tivemos 100% dos usuários cadastrados com realização da estratificação do risco de morbimortalidade.

O mesmo ocorreu com relação a investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. Novamente foi possível atingirmos nossa meta no 100% e todas as pessoas idosas cadastradas tem feito avaliação de fragilização na velhice nas consultas realizadas.

Ainda neste objetivo, era importante avaliar a rede social dos idosos e também avaliamos a rede social de todos os 262 idosos submetidos a esta intervenção (100% em cada um dos três meses).

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% do idosos.

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

Em relação ao objetivo de promover a saúde dos idosos, conseguimos orientar todos os usuários sobre hábitos alimentares saudáveis nas consultas. No mês esta orientação foi ofertada a 62 idosos, no mês dois a 156 e no mês três todos os 262 idosos haviam recebido as orientações. Os usuários que apresentavam D.M, H.A.S. e alterações do metabolismo lipídico foram encaminhados ao nutricionista para uma melhor orientação das que forem dados pelo clínico geral.

Em relação a garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos. Esta meta também foi atingida desde o primeiro mês da intervenção, ou seja, 100% das pessoas da Terceira Idade tiveram orientações durante as consultas para a pratica regular de atividade física em todos os meses, na mesma proporção do indicador anterior.

Outra meta importante, ainda no objetivo de promover a saúde dos idosos era garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados .E para finalizar, o último indicador aborda da mesma forma que o anterior, a garantia de orientar os pacientes cadastrados sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentarias). Atingimos nossa meta com 100% dos usuários orientados nos três meses da intervenção, o que foi possível pelas ações do clínico geral e do Odontologista.

4.2 Discussão

A Intervenção em minha Unidade Básica de Saúde, propiciou um trabalho conjunto com a Equipe sendo possível alcançar benefícios tanto para a equipe quanto para os usuários, ou seja, ampliação da cobertura da atenção as pessoas idosas, reorganização do serviço, planejamos com a equipe o registro das informações com o preenchimento adequado da ficha espelho em dia, dos documentos necessários planilha/ registro específico para acompanhamento dos atendimentos das pessoas idosas, o registro de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na não realização da Avaliação Multidimensional Rápida.

Anteriormente as atividades dos cuidados das pessoas idosas eram concentradas no médico, motivo pelo qual durante o projeto de intervenção foi mudado, e assim, distribuindo as tarefas entre todos os membros da equipe viabilizando a atenção a um número maior de pessoas. Já a melhoria dos registros, viabilizou a otimização de ajuda na classificação de risco de morbimortalidade e da fragilização na velhice das pessoas da terceira idade e tem sido crucial para apoiar a priorização no atendimento aos mesmos.

A intervenção trouxe muitos benefícios para a equipe, principalmente no que diz respeito ao conhecimento da atenção as pessoas idosas. Este trabalho conjunto exigiu que cada membro da equipe se capacitasse para realizar seu papel de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Ficou pactuado que o medico clinico geral faria a atualização e cadastro dos idosos, atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção, melhoramento das consultas com avaliação dos indicadores assistenciais e clínicos (avaliação multidimensional, o exame clinico, indicação e avaliação dos complementares da rede social. O odontologista realizou atendimentos dos que precisavam, que foram identificados pelo médico e, encaminhados assim, ações educativas preventivas. A ACS fez visitas à comunidade, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; busca ativa dos idosos faltosos etc. A Enfermeira melhorou a qualidade dos acolhimentos, com a medida dos sinais vitais como PA , pulso, estatura, peso, circunferência braquial etc. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica foi necessário um trabalho conjunto e que cada um tivesse uma participação fundamental na

construção desde as orientações, até às fichas de acompanhamento, a montagem da planilha e o estudo dos dados encontrados.

A Intervenção trouxe muitos benefícios para nosso Município, UBS e comunidade, uma vez que, foi possível organizar e mudar os atendimentos a estes usuários. Em relação ao período da Intervenção para a comunidade, foi de grande importância, para toda população e em especial aos próprios usuários idosos, que se sentem beneficiados pela melhora na qualidade dos atendimentos nas consultas recebidas a partir de então, na UBS, nas visitas domiciliares com a priorização do atendimento, principalmente aos de maior risco, e melhora nos acolhimentos e agendamentos na UBS.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da população para que entendam da importância dos atendimentos as consultas .

A partir do próximo mês quando a secretaria de saúde e a prefeitura façam mais contratos de 2 ACS que precisamos para os atendimentos das demais micro áreas pretendemos investir na ampliação de cobertura das pessoas idosas

Apesar de todas as melhorias observadas e constatadas através da análise dos dados coletados, da ampliação na cobertura dos atendimentos a estes usuários e das ações em saúde prestadas por cada um dos membros da equipe, sabemos que temos dificuldades e que necessitamos de melhorias principalmente no que diz respeito à cobertura do programa a muitos usuários que ainda não estão integrados a este grupo.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Nos meses de Abril a Junho de 2015 foi realizada uma intervenção em nosso serviço, UBS Promorar no município de Alegrete, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas.

As principais ações desenvolvidas por nossa equipe formada por Clínico Geral, Enfermeira, técnica de Enfermagem, 2 Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Nutricionista, Odontologia, Psicologia e Fisioterapia foi a realização de consultas prioritárias para idosos, visitas domiciliares, atividades educativas, maior vínculo com os usuários além de promover o engajamento público, favorecer a gestão e organização do serviço, monitoramento e avaliação e a qualificação da prática clínica.

Percebeu-se com a intervenção a evolução de alguns indicadores como a cobertura do programa de Atenção à Pessoa idosa, que atingiu 56% (N=262) e a proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia e com exame clínico apropriado em dia, a qual alcançamos 100% (N = 262).

Além disso, a Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia foi de 100% (N = 262) ,a Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada de 88,2 % (N =231), Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 100 % (N = 262) e de Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia de 100 % (N = 262), mostrando que tivemos grandes avanços na melhoria da atenção á saúde do idoso.

Durante o período da Intervenção houve necessidade de capacitação e superação de cada integrante da Equipe de Saúde através de reuniões e palestras, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, conforme o protocolo.

Conseguimos orientar todos os usuários idosos cadastrados sobre a importância da avaliação odontológica, e também orientações nutricionais para o melhoramento dos hábitos alimentares e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Assim foram também orientados sobre a importância da prática regular de atividade física que melhora muito sua qualidade de vida .

Todos os idosos cadastrados receberam sua Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ,o que os ajuda a ter uma melhor identificação social e clínica.

Percebemos como dificuldade não termos cadastrado toda a população idosa, desta forma, gostaríamos de contar com a Secretaria de saúde para contato com os agentes comunitários e cadastramento de idosos que ainda não são assistidos pela UBS. É importante também destacar o fortalecimento da farmácia popular para utilização de medicamentos, oferecendo melhor qualidade na saúde e bem estar social.

Gostaríamos de contar com sua ajuda e atenção na total incorporação de nossa intervenção a rotina do serviço.

Atenciosamente,

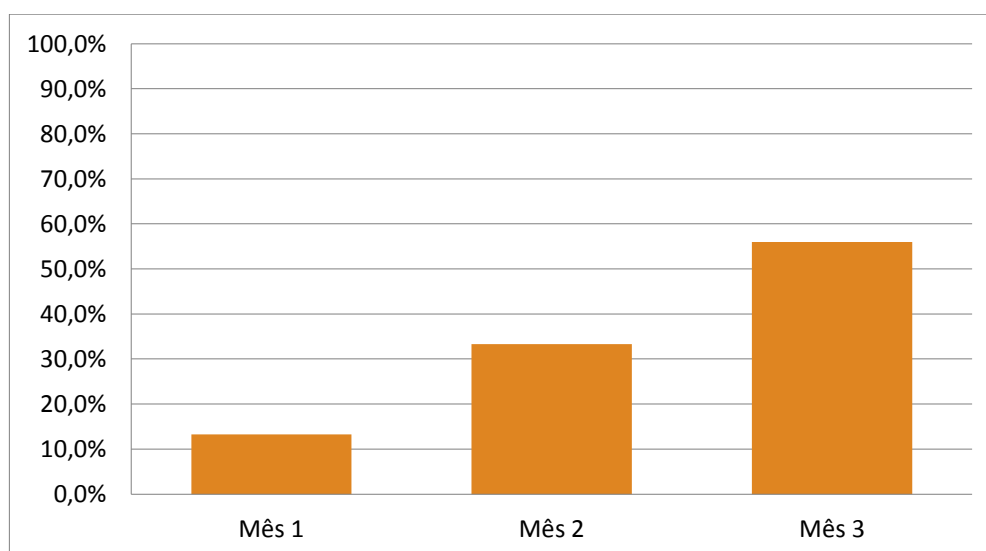


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nos meses de Abril a Junho o 2015 tivemos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas idosas na UBS Promorar Município Alegrete/RS.

Nesta intervenção fizemos as seguintes ações:

-Orientação a Comunidade da existência do Programa de Atenção as Pessoas Idosas e a importância do acompanhamento sistemático na UBS para melhorar a atenção clínica e saúde bucal ,contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de ação programática dos idosos solicitando apoio para o acompanhamento na USB e demais estratégias que serão implementadas ,realização das visitas domiciliares aos idosos acamados com problemas de locomoção e rede social deficiente. ações educativas para a prevenção para o melhoramento dos hábitos alimentares e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e sobre a importância da pratica regular de atividade física que melhoram muito sua qualidade de vida.

Querida Comunidade e importante que vocês conheçam que com a Intervenção desenvolvida as pessoas idosas tem sido beneficiadas dando-lhes prioridades de atendimentos ,e mais bem organizados , se deixo no planejamento por cada semana as vagas para atenção e acompanhamento regular e tem sido informados a respeito das doenças e fatores de risco, além da realização de diagnósticos precoces prevenindo complicações. Houve busca ativa dos faltosos a consultas e do que estavam com exames atrasados melhorando a qualidade do serviço oferecido e a qualidade de vida dessa população

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade nas atividades até o momento, e pedir maior participação e dedicação a ida as consultas e atividades educativas proporcionadas pelo equipe, bem como, buscar melhorias junto aos órgãos públicos para melhorar a qualidade de nosso serviço.

É importante a participação de todos com críticas e sugestões de melhorias.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Comecei o trabalho no Brasil no Programa Mais Médicos na UBS Promorar Município Alegrete/RS com uma população 3.432 habitantes, em Julho de 2014 e iniciei a Intervenção junto ao trabalho na UB sendo 32 horas de atendimentos e 8 horas da Especialização em Saúde da Família pela UnaSus UFPEL. No início tinha algumas dúvidas de como funcionava o Sistema Único de Saúde na prática no Brasil, porém, além dos treinamentos recebidos em Porto Alegre com os funcionários do Ministério da Saúde Brasileiro, durante a especialização tínhamos que realizar tarefas, com as mesmas ao início mostrava-me ansiosa, mas depois tive muito apoio do orientador que me ajudou como médica estrangeira e também como pessoa e assim podendo contribuir para melhorar o serviço de saúde.

Eu realizava atividades propostas na especialização e no dia correspondente 8 horas de atividade teórica entrava em contato com o orientador do curso que me auxiliava com as atividades e orientava sobre a melhor forma de resolver os problemas do dia a dia na unidade de saúde.

As ações em conjunto com outros profissionais de diferentes das áreas, que juntos conseguimos enfrentar as adversidades do trabalho e desenvolver rotineiramente as atividades planejadas no Projeto para uma melhora na qualidade de vida das pessoas idosas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde Da Pessoa Idosa - n.º 19 Brasília – DF 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 Brasília – DF 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica 37 Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Estratégias Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Diabetes Mellitus DF Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Instituída pela Portaria GM/MS no 2.528, de 19 de Outubro de 2006.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

Apêndice



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante