

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Renovação, Veranópolis/RS

Maria Teresa Rodriguez Rey

Pelotas, 2015

Maria Teresa Rodriguez Rey

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Renovação, Veranópolis/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: Douglas Schneider

Pelotas, 2015

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

R456m Rey, Maria Teresa Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Renovação, Veranópolis/RS / Maria Teresa Rodriguez Rey; Douglas Augusto Schneider Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Schneider Filho, Douglas Augusto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Primeiramente quero agradecer a Deus por sua infinita bondade e cuidado, e por estar ao meu lado, me protegendo e dando forças para enfrentar qualquer desafio, pois “Ele é nosso refúgio e escudo fiel”

Em segundo, quero dedicar esse trabalho a memória do meu pai, que além ter sido um excelente pai, soube também ser um grande amigo e conselheiro, guiando-me por bons caminhos e incentivando meus estudos. Com sua imagem humilde e honesta, me ensinou que ser médico é uma dádiva precisa, que requer amor, paciência e dedicação para atender aqueles que estão doentes e precisam de atenção e cuidados.

Também quero dedicar esse trabalho à minha avó materna, que, apesar de não ter tido acesso aos estudos, soube me incentivar e apoiar em todos os trajetos da minha vida estudantil e profissional.

Quero incluir também nessa dedicatória minha mãe, meu irmão e meus sobrinhos, pelo apoio e compreensão e pela ajuda incondicional, e a todos aqueles que, de uma forma ou outra, estiveram presentes durante toda a minha vida profissional e na realização desse trabalho, em especial a minha amiga Fabiana Moura de Siqueira.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me dado essa oportunidade de realizar esse curso, a todos os professores e coordenadores do curso que estiveram presentes no fórum, em especial a professora Vera Lúcia Quinhones Guidolin. Agradeço especialmente a meu orientador, Douglas Augusto Schneider Filho, pela sua dedicação, pelo seu apoio e pela sua paciência em todos os momentos que dele precisei. Esse apoio foi fundamental, durante todo o transcorrer da minha especialização e durante a elaboração do TCC.

Também agradeço aos ACS da UBS Renovação, pela ajuda e pelo trabalho correto e dedicado que desenvolvem, pois seu trabalho foi valioso para a obtenção dos resultados aqui apresentados.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que tornaram possível, de uma forma ou de outra, a realização desse trabalho, especialmente aos pacientes e amigos.

Resumo

RODRIGUEZ REY, Maria Teresa. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF Renovação, Veranópolis/RS**. Ano. 2015. 99fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Segundo estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, cerca de 30% da população brasileira em 2050 será composta por idosos, o que constitui, desde já, um grande desafio para as políticas públicas de saúde do país. A área de abrangência da UBS em que atuo já apresenta um número considerável de idosos, situação essa que merece especial atenção da equipe de saúde. A Estratégia da Saúde da Família, da forma como é desenvolvida na Unidade, oferece boas condições para o desenvolvimento de atenção primária de qualidade para essa população, pois contamos com uma equipe multidisciplinar que atua na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação das patologias e agravos mais frequentes entre os idosos, com ênfase no estabelecimento de vínculo de compromisso e responsabilidade entre os profissionais e a comunidade. Esse trabalho trata de uma intervenção realizada na UBS Renovação, situada no município de Veranópolis/RS, com responsabilidade por uma população de 2.756 habitantes. Essa intervenção foi realizada com a intenção de melhorar a atenção integral a saúde do idoso na área de cobertura da UBS. A população idosa foi cadastrada e acompanhada pela equipe multidisciplinar da Unidade, integrada por dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga, uma técnica em saúde bucal, três agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais, sendo que no final da intervenção foram contratados mais dois agentes comunitários de saúde e outro médico. A intervenção foi precedida pela capacitação da equipe multidisciplinar, e as ações desenvolvidas incluíram o cadastramento dos idosos, sua avaliação multidisciplinar, a identificação de hipertensos e diabéticos e a criação de grupo de idosos para o desenvolvimento de atividades educativas, com ênfase na adesão ao tratamento. Durante os 4 meses de intervenção, de fevereiro a maio de 2015, desenvolvemos ações segundo 4 eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, para atingirmos os objetivos do projeto. Utilizamos fichas-espelho e planilha eletrônica para coleta de dados e cálculo de indicadores de avaliação. Apesar de não termos atingido a meta de ampliar a cobertura dos idosos da área da unidade de saúde para 100%, ou seja, 466 idosos, conseguimos atingir um percentual satisfatório de 70,6%, correspondente a 329 idosos, sendo que conseguimos realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos cadastrados, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, realizar a solicitação de exames complementares periódicos para 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos e cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Esse trabalho foi muito importante para os serviços da UBS, pois possibilitou a organização do trabalho na melhoria a atenção integral a saúde do idoso capacitando melhor a equipe nos cuidados e atendimento à população idosa e assim também demonstrando à comunidade o quanto a UBS está interessada em melhorar a qualidade de vida do idoso em nossa área de abrangência. Esperamos que a gestão municipal continue apoiando e fortalecendo os trabalhos desenvolvidos durante os meses de intervenção, que seja estabelecido como rotina de supervisão das atividades compartilhadas com a equipe de saúde e voltadas as demandas da população para a comunidade.

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

Lista de Figuras

Nº	Figura	Pag.
Figura 1	Fotografia 1. Área da unidade territorial de Veranópolis/RS	13
Figura 2	Fotografia 2. UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS	15
Figura 3	Fotografia 3. Equipe de saúde e alguns usuários da UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS	17
Figura 4	Gráfico 1. Cobertura de atenção à saúde do idoso da área da UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	66
Figura 5	Gráfico 2. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	68
Figura 6	Gráfico 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	69
Figura 7	Gráfico 4. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	71
Figura 8	Gráfico 5. Proporção de idosos com avaliação da rede social na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	73
Figura 9	Gráfico 6. Proporção de idosos com orientações para a prática de atividades físicas regulares na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	74
Figura 10	Gráfico 7. Proporção de idosos com orientações sobre higiene bucal na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômico Aplicado
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabete Mellitus
HTA	Hipertensão Arterial
AVC	Acidente Vascular Cerebral
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino a Distância
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

Sumário

1 ANÁLISE SITUACIONAL	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/08/2014	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
O Sistema de Saúde	14
A Unidade.....	15
Estrutura física	16
As atribuições da Equipe	17
O acolhimento e o atendimento à demanda do dia.....	18
Saúde da Criança.....	18
Pré-natal e Puerpério	19
Prevenção de Câncer de colo e de mama	19
Atenção aos portadores de HAS e DM	20
Atenção à Saúde do Idoso	21
Atenção à Saúde Bucal	22
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	51
2.3.3 Logística	56
2.3.4 Cronogramas.....	57
A. Cronograma da Intervenção:.....	57
A. Cronograma das atividades para capacitação:.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	63

4.1 RESULTADOS.....	64
4.1 Discussão.....	74
4.2 Relatório da intervenção para os gestores.....	77
4.3 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
5.1 Referências.....	84
5.2 Anexos.....	815

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da população idosa na UBS Renovação, no município de Veranópolis/RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 13 semanas, durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/08/2014

Trabalho na Unidade de Saúde Renovação, localizada no município de Veranópolis/RS, na Rua Heitor de Azevedo N° 226. A Unidade possui uma boa estrutura arquitetônica, tendo uma entrada de acesso, seguida da recepção/arquivo e uma sala de espera onde os pacientes são acolhidos e onde há dois banheiros na sala de espera, um para homens e outro para mulheres. Junto à sala de espera há um corredor, e, do lado direito, encontra-se a sala de vacinas. Ao lado da sala de vacinas está a sala de nebulização, e, junto desta a sala de curativos. Do lado esquerdo do corredor está localizada a sala da triagem, dois consultórios médicos e um odontológico, todos com as condições necessárias para a realização de bons atendimentos aos pacientes. Nesse mesmo lado esquerdo está a sala da enfermeira, aonde são realizados os exames histopatológico de colo de útero. No mesmo corredor ainda estão o almoxarifado, a copa, a sala de reuniões e a sala dos agentes comunitários de saúde.

Esta Unidade de Saúde conta com duas Equipes de Saúde da Família, tendo um médico cada uma, sendo um deles concursado pela prefeitura, com uma carga horária de 20 horas semanais, e outro médico do Programa Mais Médicos (que sou eu), com uma carga horária de 40 horas semanais. Minha carga horária está distribuída da seguinte forma: 32 horas no atendimento na Unidade de Saúde da Família e 8 horas reservadas ao curso de especialização em saúde da família. Além dos médicos, a Unidade conta com uma enfermeira, uma farmacêutica, duas técnicas em enfermagem, três agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma recepcionista, uma encarregada dos serviços gerais, e uma auxiliar de saúde bucal. O trabalho é desenvolvido em equipe, de segunda-feira a sexta-feira, sendo que na segunda à tarde realizamos as visitas domiciliares e na sexta à tarde as reuniões das equipes de saúde.

Os atendimentos aos usuários são realizados desde o momento em que chegam à recepção, quando são acolhidos pela recepcionista e posteriormente pelas técnicas de enfermagem. Em seguida, são avaliados pela enfermeira e, se necessário, pelo médico. Os atendimentos médico e odontológico são feitos através de consultas agendadas, o que permite um atendimento de qualidade, partindo dos problemas de saúde relatados pelos usuários no momento da consulta. Também realizamos

atividades educativas com grupos de hipertensos, diabéticos e de dependentes químicos e de álcool, este com o apoio de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Também realizamos atividades educativas nas escolas, com palestras sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e atividades com grupos de adolescentes. Uma vez por mês realizamos uma reunião com o Secretário da Saúde, a Coordenadora de Atenção Primária em Saúde (APS), toda a equipe de saúde e os líderes comunitários. A população participa dessas atividades, expressando seus problemas e necessidades e propondo resoluções conjuntas entre todos os participantes.

A área de responsabilidade da minha Unidade abrange um total de 2.756 habitantes, sendo um terço dessa população residente em zona rural. Essa população é composta por pessoas de classe média, com variações entre níveis de renda mais altos e mais baixos. Quanto às condições de saneamento, são poucos os domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados, estando estes localizados na zona rural. Toda a população da área urbana reside em domicílios com água encanada, com energia elétrica e com coleta de lixo. Com relação ao trabalho e a renda, é também baixa a proporção de pessoas desempregadas ou com renda muito baixa. Os principais problemas de saúde são: HAS, Diabetes Mellitus, síndrome metabólica, problemas de saúde mental, com altos índices “ansiedade e depressão”, IVAS, rinites, sinusites, amigdalites, bronquites e asma bronquial.

Conhecendo bem a situação de saúde da minha área de atuação, espero trabalhar e traçar estratégias que contribuam para melhorar a saúde da comunidade e, assim, colaborar para melhorar os indicadores de saúde, especialmente quanto às doenças crônicas não transmissíveis.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Veranópolis foi fundado há 116 anos, em 15 de janeiro de 1898. A cidade possui atualmente uma população de 24.476 habitantes, a maioria deles descendentes de italianos, alemães e, em menor porcentagem, de poloneses. O município pertence à macro-região de Caxias do Sul, na mesorregião do nordeste rio-grandense, no estado do Rio Grande do Sul. A cidade é considerada a capital brasileira da longevidade, sendo a terceira cidade com maior longevidade da população no mundo. Também é conhecida como a “Princesa dos Vales”.

contamos com vagas em serviços de municípios vizinhos, tais como, Bento Gonçalves e Caxias do SUL. Quanto aos exames complementares, contamos com vagas disponíveis para os exames simples de rotina, enquanto, enquanto, para os de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde, onde são marcadas as datas para os exames, como mamografias, densitometria óssea, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Também contamos com um hospital que presta serviço de urgência e emergência, internação hospitalar, cirurgias eletivas, pediatria, gineco-obstetrícia, com um laboratório, um centro de imagem que realiza radiografias digitais, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e mamografia. O município conta com 3 laboratórios particulares que em convênio com a prefeitura oferece vagas pelo SUS.

Também temos na cidade um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma unidade de proteção do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Apesar de pertencer à estrutura de outra Secretaria, suas ações têm importantes relações com nosso trabalho na Atenção Básica, justificando sua inclusão no presente Relatório de Análise Situacional.

A Unidade

A UBS onde trabalho está localizada na zona urbana, na Rua Heitor Azevedo, número 226. A Unidade é chamada de UBS/ESF Renovação, nome do bairro em que está localizada. Trata-se de uma UBS com o modelo da Estratégia de Saúde da Família, onde se realiza atenção primária de saúde e se pratica a medicina familiar e comunitária, com ênfase nas atividades preventivas. A população da área de abrangência da unidade é de 2.756 habitantes, com uma Equipe de saúde. A Equipe conta com um Médico de 40 horas, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde, uma Equipe de Saúde Bucal, com um Dentista e uma Técnica de Saúde Bucal (TSB), uma farmacêutica, uma nutricionista, e uma auxiliar de serviços gerais. Quanto a essa composição da equipe, ainda contamos com mais um médico que trabalha 20 horas na UBS. Embora nossas atividades

funcionem de forma regular e sem contratempos, considero que o ideal seria que tivéssemos outra equipe, pois temos apenas uma enfermeira, a qual tem que se dividir e compartilhar as atividades com os dois médicos, o que às vezes limita o nosso trabalho. Essa necessidade foi discutida com a coordenadora e com o gestor municipal, e estamos, no momento, aguardando suas respostas à nossa reivindicação.



Figura 2. UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Veranópolis/RS.

Estrutura física

Quanto à estrutura física, trata-se de um prédio adaptado, com as características de uma UBS tradicional. A entrada tem uma rampa com cerâmica antiderrapante e corrimões com barra de ferro liso, facilitando o acesso de portadores de necessidade especial e idosos. Em seguida, há, na entrada da Unidade, uma sala de espera que permite o acolhimento de até quinze pessoas, também com piso de cerâmica antiderrapante. Os outros ambientes da unidade também possuem estrutura física adequada. A Unidade possui dois consultórios médicos e um consultório odontológico, os quais possuem portas adaptadas para portadores de necessidades especiais. Os banheiros também têm ótimas condições estruturais e possuem portas

adaptadas para portadores de necessidades especiais. Os demais ambientes da UBS também possuem ótimas condições estruturais e permitem o acesso para usuários em cadeiras de rodas. A Unidade possui uma sala para triagem, outra para vacinação, uma para curativos, um almoxarifado, um escovário, área de esterilização de materiais e uma copa. Falta na UBS uma área para coleta de exames, necessidade essa que também já foi discutida com o gestor municipal.

As atribuições da Equipe

Com relação às atribuições da equipe, entre os aspectos positivos, a equipe consegue realizar um trabalho organizado e contínuo na nossa área de abrangência. Realizamos recentemente uma avaliação sobre a demanda espontânea, o que nos permitiu um bom equacionamento para o seu atendimento. Outros pontos positivos se referem ao desenvolvimento de um trabalho focado na medicina preventiva e na atenção integral à saúde da família, superando o modelo da medicina assistencial e curativa anteriormente predominante. Ainda temos limitações e muito trabalho pela frente, mas considero que mais da metade do caminho para essa transformação já foi percorrido. Atualmente contamos com aprovação de nosso trabalho por 90% dos moradores da comunidade, o que indica que nossos esforços estão sendo recompensados e os serviços prestados estão tendo impacto e repercutindo positivamente junto à comunidade.



Figura 3. Equipe de saúde e alguns usuários da UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS.

O acolhimento e o atendimento à demanda do dia

Em relação ao acolhimento, não apresentamos problemas, pois contamos com uma recepcionista e duas técnicas de enfermagem encarregadas de acolher todos os usuários, escutar suas queixas com a devida atenção e encaminhá-los para os cuidados necessários. Quanto à demanda espontânea, temos discutido esse tema com profundidade nas nossas reuniões de equipe, que realizamos toda terça-feira pela manhã. Nessas reuniões traçamos nossas estratégias para lidarmos com qualquer dificuldade que se apresente, especialmente no que se refere à demanda espontânea. Nosso sistema de atendimento é através de consultas agendadas, com doze atendimentos no horário da manhã e doze à tarde, ficando reservadas três vagas para atendimento às urgências ou a grupos prioritários como crianças e idosos. Quando ultrapassamos o número de consultas e não temos como realizar mais atendimentos, temos a alternativa de encaminhar o usuário para a UBS Central, com modelo de atenção misto, e que atende pacientes cadastrados ou não cadastrados.

Saúde da Criança

Em relação à saúde da criança na faixa etária de 0 a 72 meses, também não apresentamos problemas. Temos, em nossa área de abrangência, um total de 7 crianças menores de 1 ano, 66 crianças menores 5 anos e 409 de 5 a 14 anos. Sobre os indicadores de qualidade referentes ao acompanhamento de crianças menores de um ano, sabendo que o percentual de crianças acompanhadas na UBS nessa faixa etária é 21%, temos os seguintes dados: 21% de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 9% de atrasos da consulta agendada em mais de sete dias, 21% testes do pezinho até sete dias, 21% primeiras consultas de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 21% triagens auditivas, 21% monitoramentos do crescimento na última consulta, 21% vacinas em dia, 21% avaliações de saúde bucal e 21% orientações para aleitamento materno exclusivo. Entre as estratégias que utilizamos, destaco o trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde, que informam rapidamente a enfermeira e o médico sempre que ocorre o nascimento de uma criança, para que então programemos a visita domiciliar antes dos 7 dias de vida do recém-nascido. Durante as visitas, explicamos para as mães que a UBS conta com todas as condições e com uma boa equipe de profissionais para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido e demais filhos em

outras faixas etárias, assim como para os atendermos sempre que necessitarem. Explicamos também a importância das consultas de puericultura, dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho, da vacinação, da amamentação e da alimentação, e dos demais cuidados com o recém-nascido. Na nossa UBS utilizamos os Protocolos específicos do Ministério da Saúde – de Saúde da Criança, e de Crescimento e Desenvolvimento, ambos editados em 2012.

Pré-natal e Puerpério

O número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foram de 7, correspondendo a um percentual de 21%. Sobre os indicadores de qualidade os números que temos são: 21% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, 21% tiveram a sua consulta puerperal registrada, 21% receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, 21% receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, 21% receberam orientação sobre planejamento familiar, 21% tiveram as mamas examinadas, 21% tiveram o abdome examinado, 21% realizaram exame ginecológico e 21% tiveram seu estado psíquico avaliado. Embora o serviço de pré-natal e puerpério seja oferecido e a UBS conte com todas as condições físicas e estruturais, assim como disponha de recursos humanos qualificados para esse atendimento, praticamente não atendemos gestantes, pois a grande maioria das mulheres possui plano de saúde ou tem acesso a consultórios privados. As mulheres que não possui condições financeiras para atendimento particular, são atendidas pela especialista em ginecologia na UBS Central.

Quanto ao puerpério, temos a possibilidade de realizá-lo, pois os Agentes Comunitários de Saúde nos informam muito rapidamente sobre cada nascimento. Assim informados, programamos e realizamos a visita domiciliar, durante a qual que avaliamos e examinamos a puérpera e explicamos quanto aos cuidados com a mãe e com o bebê, assim como esclarecemos dúvidas no que se referem quanto à amamentação, a utilização de anticoncepcionais, a alimentação e etc.

Prevenção de Câncer de colo e de mama

Quanto ao trabalho de prevenção de colo do útero e de controle do câncer de mama, todos os profissionais estão envolvidos. O número total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na nossa área e acompanhadas na UBS para prevenção de

câncer de colo de útero é 760, correspondendo a um percentual de 100% e o total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 284, correspondendo a um percentual de 100%. Sobre os indicadores de qualidade de prevenção de câncer de colo de útero os números que temos são: 45,39% com exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia, 54,6% exames citopatológicos para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, menos de 1% exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterados, 12,5% avaliações de risco para câncer de colo de útero, 100% de orientações sobre prevenção de CA de colo de útero e DSTs, menos de 1% exames coletados com amostras satisfatórias, 12,76% exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. Os indicadores de qualidade de câncer de mama são: 284 com mamografia em dia, sem registros de mamografias com mais de 3 meses em atraso, 37,36% avaliações de risco para câncer de mama e orientações sobre prevenção do câncer de mama. Na consulta que realizo diariamente, sempre procuro saber se elas realizaram o exame histopatológico do colo do útero e o exame periódico das mamas, orientando-as para que os realizem de acordo com o Protocolo. A coleta de materiais para os exames histopatológicos é realizada pela enfermeira toda quarta-feira à tarde. No município, contamos com vagas suficientes para realização das mamografias necessárias. No que se refere ao câncer de colo do útero e de mama, não temos problemas que nos impeçam de realizar um bom trabalho. Utilizamos os Protocolos específicos do Ministério da Saúde – de Controle do Câncer de colo do útero e de mama, editados em 2013.

Atenção aos portadores de HAS e DM

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, temos 143 hipertensos com 20 anos ou mais que corresponde a um percentual de 23%. Os indicadores de qualidade referentes a hipertensão são: 23% realizações de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, menos de 1% atrasos da consulta agendada em mais de 7 dias, 23% exames complementares periódicos em dia, 23% orientações sobre prática de atividade física regular, orientações nutricionais para alimentação saudável e Avaliação de saúde bucal em dia. Com diabetes mellitus com 20 anos ou mais temos 47, que corresponde a um percentual de 27% residentes na área acompanhados na UBS. Os indicadores de qualidade referentes a diabetes são: 27% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 2,29% com

atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 22,97% com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 27% com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal em dia. Oferecemos os medicamentos necessários para o controle de hipertensão e diabetes de forma gratuita e realizamos os exames laboratoriais para a identificação dos graus de usuários portadores dessas doenças. Esses exames são feitos de forma organizada e programada, a cada três meses para os pacientes que apresentam maior risco, e a cada seis meses para aqueles de menor risco e que estão sobre controle. Os pacientes que com doença sob controle (compensados), realizam exames anuais. Também contamos com vagas para atendimento em especialidades como cardiologia e oftalmologia. Realizamos atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, na última quarta-feira de todos os meses, nas quais prestamos informações e esclarecemos dúvidas, em atividades que incluem dinâmicas de grupo, entrega de brindes e etc. Para o trabalho com esses usuários também utilizamos os Protocolos específicos do Ministério da Saúde - Cadernos da Atenção Básica Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas – HAS/DM, editados em 2013, e temos conseguido desenvolver um bom trabalho no cotidiano da UBS.

Atenção à Saúde do Idoso

Quanto à atenção à saúde do idoso, o município em que trabalho é considerado, no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil, a “Terra da longevidade”, pois a expectativa de vida neste lugar é de 85 anos para as mulheres e 80 para os homens. Pelos dados do SIAB, a área de abrangência da UBS possui 260 idosos do sexo feminino e 206 idosos do sexo masculino, totalizando 466 usuários nessa faixa etária. O número de idosos com 60 anos ou mais residentes na nossa área e acompanhados na UBS são 300, que equivale a um percentual de 80%. Os dados referentes aos indicadores de qualidade são: 80% com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, com realização de Avaliação Multidimensional Rápida e acompanhamento em dia, 36,53% com Hipertensão arterial sistêmica, 10,4% com Diabetes mellitus, 80% com avaliação de risco para morbimortalidade, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, com orientação para atividade física regular e avaliação de saúde bucal em dia. Uma atividade realizada com bastante

sucesso é o grupo da terceira idade, que promove atividades semanais, aos domingos, com grupos de dança e almoços. Também existe o grupo da “Vera Amizade”, do qual tenho o privilégio de fazer parte, cujas atividades ocorrem uma vez por mês, terça-feira, com jantares e atividades nas quais os idosos trocam ideias, contam piadas, dançam, realizam sorteios de prêmios e etc. As ações desenvolvidas para esse grupo etário são realizadas de forma preventiva, com especial atenção na melhoria da qualidade de vida, na relação do idoso com seus familiares e na integração dos mesmos na comunidade. Nessa área também utilizamos o Protocolo específico do Ministério da Saúde – Atenção integral à saúde do idoso, editado em 2013.

Atenção à Saúde Bucal

Contamos com um ótimo serviço de odontologia: com uma Equipe de Saúde Bucal Modalidade I, com uma Odontóloga e uma Técnica de Saúde Bucal (TSB). Possuímos um livro de registro de saúde bucal, que fica na própria sala de odontologia. Os atendimentos e procedimentos da Equipe de Saúde Bucal são também registrados nos prontuários dos pacientes e em outro livro, que fica na recepção. A média de procedimento por consulta é de um procedimento por cada usuário atendido, e a média de procedimentos por habitantes/ano é de 0,9, parâmetro esse que se encontra dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 0,4 a 1,6%. Os números referentes ao atendimento em primeira consulta programática são: 55% pré-escolares (0-4 anos), 24% escolares (5 a 14 anos), 23% outros, exceto gestantes (15 a 59 anos), 52% Idosos (60 anos ou mais) e 7% Gestantes. O atendimento na área da saúde bucal está concentrado fundamentalmente em atendimentos de primeira consulta programática, e não em atendimentos não programados, pois na minha área de abrangência grande parte da população possui uma boa consciência sobre a saúde, fato pelo qual as pessoas cuidam bem da saúde bucal.

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

Fazendo uma comparação entre o texto apresentado na segunda Semana de Ambientação ao Curso e o presente Relatório de Análise Situacional, constato que

avancei e ampliei meus conhecimentos sobre a situação da UBS, pois tenho agora uma visão mais ampla dos problemas da área de abrangência assim como das ações e estratégias que podemos traçar para resolver os problemas que se apresentarem. Assim, espero contribuir para melhorar nosso serviço a cada dia, para que, futuramente, nossas estratégias nos permitiram uma maior governabilidade e soluções adequadas para o enfrentamento dos problemas de saúde da nossa população. Ao concluir o Relatório de Análise Situacional, me senti encorajada e estimulada para continuar dando o melhor de mim para poder contribuir para aperfeiçoar a cada dia o SUS, do qual sou e sempre serei uma fiel defensora.

Pude apresentar, após ter percorrido a primeira Unidade do Curso, uma percepção mais ampla sobre a estrutura da UBS, dos seus recursos humanos e equipamentos, assim como um conhecimento mais aprofundado sobre a atenção à demanda do dia e sobre as ações programáticas. Considero assim que, nesse curto período de estudos, consegui aperfeiçoar minha atuação junto à equipe e com a comunidade que utiliza a da UBS.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

O processo de envelhecimento está caracterizado pela diminuição da reserva funcional, que, somado aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis as doenças. Como se sabe, o acompanhamento do processo de envelhecimento demanda profissionais capacitados, que trabalhem e tenham interesse pela Atenção Primária à Saúde, pois através disso é possível realizar um bom atendimento às necessidades específicas da saúde do idoso. Os profissionais da saúde devem ter em conta que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil e no mundo, em 2050, cerca de 30% da população será composta por idosos, que serão a maioria dos usuários dos serviços de saúde, fato que considere muito importante ao escolher o foco da minha intervenção.

Tendo em vista essa elevada proporção de idosos que teremos, é imprescindível que nós, profissionais da Atenção Primária de Saúde, nos preparemos adequadamente, pois sendo nós os responsáveis pela sua avaliação global e pelo cuidado integral com a saúde das pessoas idosas, teremos que focar nosso trabalho

nos fatores de risco e na prevenção de doenças nesse grupo etário, contribuindo dessa forma para melhorar a qualidade de vida do idoso, incluindo sua convivência com seus familiares, sua inclusão na comunidade e sua participação em espaços comunitários de convivência, para que possam se sentir úteis, ativos e encontrarem sentido nas suas vidas.

Trabalho no município de Veranópolis/RS em uma UBS chamada Renovação, nome dado pelo bairro em que se situa, localizada na zona urbana da cidade, na Rua Fabiano Resck s/nº. É uma Unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e desenvolve atividades na atenção primária à saúde, com modelo de Estratégia de Saúde da Família. Atende um total de 2.756 usuários e possui duas equipes de saúde, sendo, cada uma delas, responsável por 1.378 pessoas. Nossa Unidade é composta por dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, uma odontóloga e uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Alguns profissionais, portanto, se dividem entre as duas equipes, sendo apenas uma cadastrada no Ministério da Saúde.

Com relação ao foco da minha intervenção, pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), residem na área da UBS Veranópolis 466 idosos, um número grande que demanda especial atenção devido aos vários fatores de risco decorrentes da velhice, como fragilidade óssea (osteoporose), diminuição da acuidade visual, amnesia e diminuição da audição. Entre eles, os maiores fatores de risco são o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo e os maus hábitos alimentares. Em consequência, são muitos os usuários com dislipidemia, síndrome metabólica, hipercolesteronemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência arterial e venosa periférica. Outros fatores também decorrentes dessa faixa etária na região atendida pela UBS é o número considerável de idosos que apresentam depressão e insônia.

Da comunidade são atendidos na nossa UBS, recebendo atendimento de todos os profissionais da saúde, assim como tendo acesso a medicação gratuita disponibilizada na farmácia da UBS. O município tem compromisso e responsabilidade no abastecimento de insumos e medicamentos, sempre disponíveis em quantidade adequada. Realizamos também ações de promoções de saúde, como grupos da terceira, com encontros mensais nos quais realizamos palestras, esclarecemos dúvidas, entregamos brindes, fazemos renovação de receitas e entregamos medicamentos.

Visando aprimorar os cuidados e organizar instrumentos e práticas de monitoramento e avaliação, e tendo em conta a importância dessa faixa etária e o que ela representa no contexto da nossa cidade, decidi realizar minha intervenção baseada na Atenção à Saúde do Idoso.

Entre as principais dificuldades e limitações que provavelmente enfrentaremos será referente ao acesso às informações dos familiares, pois muitos moram longe dos idosos. Muitos dos idosos ficam sem contato com seus familiares, o que é um fato real e triste.

Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são o trabalho realizado em equipe e o apoio da coordenadora da Unidade, do gestor da saúde municipal e do prefeito, assim como também dos diretores das instituições e abrigos para idosos.

Considero que minha intervenção poderá melhorar também os cuidados prestados aos idosos pelos familiares e cuidadores o que contribuirá para proporcionar a eles uma melhor qualidade de vida e maior felicidade durante o tempo de suas vidas.

2.2 Objetivos e metas

As metas e objetivos do presente Projeto de Intervenção visam a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS. A meta de cobertura é de 100% na atenção à saúde dos idosos em toda a área de abrangência, pois ainda temos idosos que moram em locais distantes, na zona rural, que ainda não são devidamente acompanhados, por não procurarem atendimento regularmente na UBS.

Além do aumento da cobertura, os objetivos específicos envolvem a qualidade da atenção à saúde, a adesão, o registro, a avaliação de risco e a promoção de saúde. Para cada um deles apresentamos a seguir as metas definidas no presente Projeto de Intervenção, na perspectiva de que as ações e estratégias nos permitam melhorar as nossas ações e atingir os nossos objetivos.

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Renovação em Veranópolis/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto a ser realizado durante quatro meses do ano de 2015, com os idosos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Renovação, situada no município de Veranópolis/RS. Tal unidade conta atualmente com 851 famílias cadastradas, num total de 2.756 pessoas, das quais 466 se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, sendo consideradas idosas de acordo com critérios adotados pelo estatuto do idoso.

A população de referência foi constituída pelo universo de idosos residentes na área da Unidade. Esse número foi estabelecido com base nos dados do cadastro do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Atualmente 466 idosos são acompanhados pelo programa de atenção integral a saúde do idoso da Unidade.

Para a coleta de dados será utilizada a ficha espelho proposta pelo Curso de Especialização da UNASUS/UFPel, que, com informações do SIAB, do livro registro de idoso, da ficha de acompanhamento e do prontuário eletrônico, permitirão a alimentação da Planilha de Coleta de Dados e o cálculo dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do projeto.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, na Unidade de Saúde da Família (USF) Renovação, no Município de Veranópolis/RS. Participarão da intervenção 466 idosos com idade acima de 60 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde

Meta 1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área da unidade de saúde para 100%:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Acolher os idosos:**

Os idosos cadastrados serão encaminhados para a unidade básica de saúde (UBS) e serão acolhidos pelas técnicas de enfermagem. Seus nomes serão anotados no Livro de Registro de controle de idosos, os que não tiverem a caderneta de idosos a receberão e será marcada a consulta médica de avaliação em qualquer dia. A Ficha Espelho do idoso também será aberta nesse dia com o preenchimento dos dados de identificação do idoso.

- **Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade básica de saúde (UBS):**

A equipe se programou em cadastrar os idosos através das visitas domiciliares feitas pelos ACS e demanda espontânea.

- **Ação: Atualizar as informações do SIAB:**

Toda sexta-feira a enfermeira ficará encarregada de levar todas as informações trazidas pelos ACS para a Secretaria Municipal de Saúde, onde são digitadas no Sistema todas as informações dos usuários da UBS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Serão recolhidos e analisados os dados nas três micro áreas da Área de

Abrangência da UBS. A periodicidade do monitoramento será realizada semanalmente e a análise será feita pela enfermeira.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde:**

Realizaremos palestras na área de abrangência, apresentando e discutindo essas e outras informações importantes relacionadas com os problemas de saúde e a Atenção Integral à Saúde do Idoso. As palestras serão realizadas mensalmente na comunidade, abrangendo todas as micro áreas. Nessas faremos apresentações sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade de saúde, explicando sobre a existência do programa de Atenção à Saúde do Idoso e os benefícios de contar com uma equipe de profissionais capacitados para acompanhá-los e orientá-los.

Nas visitas domiciliares, os ACS informarão os moradores sobre o projeto de intervenção e a importância de que todos os idosos sejam cadastrados na UBS. Também buscaremos uma integração com instituições e organizações sociais na área de abrangência como igrejas, diretores de escolas, academias e líderes comunitários para o desenvolvimento de parcerias.

- **Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na unidade de saúde.**

Vamos utilizar os meios de comunicação existentes no município (rádio, jornal da cidade, site da prefeitura) para informar sobre o Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos:**

Serão realizadas reuniões semanais com a equipe de saúde nas quais explicaremos como deve ser feito o atendimento aos idosos, considerando a possibilidade da grande maioria apresentar diminuição da acuidade visual, auditiva e marcha lenta. Também será feita uma sensibilização para que os profissionais entendam a importância de chamarem os idosos pelos seus nomes utilizarem

linguagem clara, sem uso de termos técnicos, para que assim possam ser bem compreendidos.

- **Ação: Capacitar os ACS na busca de todos os idosos da área de abrangência da UBS:**

Nas reuniões da equipe, que acontecem todas as terças-feiras pela manhã, orientaremos os ACS quanto aos procedimentos a serem adotados para a busca de idosos não cadastrados na área de abrangência e também de idosos faltosos às consultas.

- **Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização:**

Nas reuniões da equipe, serão explicados os 7 princípios da política de humanização, e depois vamos enfatizar as 4 marcas específicas dessa política, que são:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.

2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.

4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

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

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

A unidade de saúde já conta com os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro e Tabela de Snellen).

- **Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos:**

As atribuições de todos os profissionais da equipe de saúde para a avaliação dos idosos já estão definidas, a saber: o idoso é atendido primeiramente pela técnica de enfermagem, que realiza a avaliação inicial do caso. Posteriormente é atendido pela enfermeira e pelo médico na consulta clínica, na qual se realizará a Avaliação Multidimensional Rápida.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.**

A enfermeira monitorará semanalmente as realizações de Avaliação Multidimensional Rápida. O médico conferirá os dados e toda sexta feira a enfermeira fará o levantamento dos dados registrados e os enviará para a secretaria de saúde.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta, para que possam exercer o controle social.**

Nas reuniões quinzenais com a comunidade, discutiremos a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e divulgaremos as ações oferecidas pela unidade de saúde. Também orientaremos os ACS para que aproveite as visitas domiciliares para levarem informações sobre o projeto de intervenção e sobre a importância da saúde do idoso e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS:**

Reservaremos uma hora da reunião semanal da equipe para as capacitações

dos profissionais, que serão realizadas na própria unidade de saúde. Serão feitas apresentações iniciais, com informações e orientações para o atendimento dos idosos, e o conteúdo será debatido pelos participantes. O protocolo adotado será o do Ministério da Saúde, que orientará os cuidados prestados pela equipe aos idosos.

- **Ação: Capacitar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida:**

Conforme detalhamento anterior.

- **Ação: Capacitar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas**

Conforme detalhamento anterior.

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:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos:**

O idoso será acolhido pela técnica de enfermagem, que realiza a sua avaliação inicial e as medidas antropométricas. Posteriormente o médico realizará a consulta, na qual fará o exame clínico, o exame físico e uma avaliação integral do idoso portador de hipertensão e diabetes.

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

O calendário das buscas ativas – para idosos que faltaram às consultas e os que não realizaram exame clínico apropriado será organizado em todas as Reuniões semanais de Equipe será organizado. Cada ACS reservará 8 horas por semana para realizar as atividades de busca, além de outras buscas que fará na rotina normal de visitas. Os idosos que faltarem as consultas e não realizarem exame clínico apropriado serão incluídos nas atividades de busca ativa dos ACS, conforme tópico anteriormente apresentado.

- **Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e**

diabéticos provenientes das buscas domiciliares:

Os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares pelos ACS, serão acolhidos e atendidos em qualquer dia da semana, mediante encaixe na agenda.

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

Garantir a todos os idosos com problemas neurológicos ou circulatórios a avaliação pelo profissional encarregado (neurologista e cirurgião vascular) garantindo que os mesmos e enviem a contra-referência, após o atendimento ao idoso.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Uma vez por mês, em uma reunião de Equipe, será feita uma análise dos dados coletados na consulta, para avaliar a adequação do exame clínico ao previsto no protocolo.

Eixo: Engajamento Público:

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

Os idosos serão orientados, nas consultas, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A comunidade será orientada quanto a esses riscos também nas reuniões na comunidade e nas atividades com grupos.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares:**

Através do gestor municipal e da coordenação, vamos solicitar agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo do Ministério da Saúde.

- **Ação: Monitorar a realização dos exames complementares definidos no protocolo:**

Será avaliada nas consultas, mensalmente, a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

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

A equipe avaliará mensalmente os faltosos a exames complementares.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.**

Através do registro de controle de idosos, atualizado no momento das consultas, será avaliado o número de exames laboratoriais solicitados a idosos hipertensos e diabéticos, verificando se as solicitações estão de acordo com a periodicidade recomendada (de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde).

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.**

Nas consultas, os usuários serão informados sobre importância de realização

de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados. Também receberão as mesmas informações nas reuniões de grupo de idosos e reuniões na comunidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia popular para 100% dos idosos hipertensos ou diabéticos:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos:**

As técnicas de enfermagem são encarregadas de monitorar mensalmente o estoque de medicamentos (incluindo validade), informando posteriormente à Secretaria de saúde sobre a necessidade de reposição de medicamentos.

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

O registro de controle de idosos tem um espaço para o registro dos medicamentos que eles tomam todo mês.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS**

Os usuários com HAS/DM tem acesso garantido aos remédios controlados através da secretaria municipal de saúde.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Farmácia da UBS e**

possíveis alternativas para obter este acesso.

Os usuários receberão, nas consultas e nas atividades com grupos, sobre o acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS. Os ACS reforçarão essas informações nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ação: Realizar atualização dos profissionais da UBS no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a Equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na Farmácia Popular/Farmácia da UBS.**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico. Nas reuniões de grupo, mensalmente, a equipe será atualizada sobre o tratamento de hipertensos e/ou diabéticos de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção na área de abrangência da unidade de saúde já foram cadastrados pelos ACS (total 7 idosos).

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

O registro atualizado do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção será acompanhado e avaliado nas reuniões da equipe.

Eixo: Engajamento Público:

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

Nas reuniões de grupo, mensalmente, o médico e enfermeiro serão

encarregados de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso. Nas visitas domiciliares feitas pelos ACS, serão oferecidas informações sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso e sobre a importância de fazerem acompanhamento na unidade básica de saúde.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 2.6. Garantir visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

A agenda será organizada para que médicos, enfermeiro e ACS realizem visitas domiciliares semanalmente, incluindo, com prioridade, os domicílios dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Todas as terças-feiras, nas reuniões da equipe, analisaremos a realização das visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ações: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade quanto à disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

Os ACS serão encarregados de informar os usuários, nas visitas domiciliares, quanto à disponibilidade de visita domiciliar por médico/enfermeiro e sobre os casos de idosos que devem solicitar visita domiciliar (acamados ou com problemas de

locomoção).

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:**
- **Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência:**
- **Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar:**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para HAS:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS:**

Orientar a toda a equipe de saúde sobre o acolhimento dos idosos portadores de HAS.

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

Solicitaremos à secretaria municipal de saúde o material adequado para tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente (pelo menos anualmente).**

Nas consultas periódicas avaliaremos os idosos para rastreamento para HAS (pelo menos anualmente).

Eixo: Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Nas consultas periódicas será informado aos idosos sobre a importância para

a realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. A comunidade será orientada pelo médico sobre prevenção e promoção de saúde e sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento da HAS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS para DM

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde:**

Solicitaremos à secretaria de saúde garantia de material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).**

No momento das consultas periódicas avaliaremos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS:**

Nas reuniões do grupo de idosos a comunidade receberá informações sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada

maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

- **Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM:**

Nas reuniões do grupo de idosos, a comunidade receberá informações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Eixo: 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.**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 2.9. Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 100% dos idosos cadastrados.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Organizar acolhimento aos idosos na unidade de saúde:**

Os idosos já têm atendimento prioritário na unidade básica de saúde.

- **Ação: Cadastrar os idosos na Unidade de Saúde:**

O cadastro de idosos será feito pela equipe de saúde na própria UBS e nas visitas domiciliares.

- **Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos:**

A Auxiliar de Saúde Bucal, responsável pela agenda do serviço, foi orientada a dar prioridade no agendamento dos idosos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Mensalmente a odontóloga é responsável por monitorar a realização de necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

Eixo: Engajamento Público:

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

Nas reuniões do grupo de idosos serão prestadas informações sobre a importância de que os idosos passem por avaliação a sua situação de saúde bucal.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Organizar acolhimento aos idosos na unidade de saúde:**

Os idosos com a primeira consulta marcada serão acolhidos pela equipe de saúde e encaminhado para atendimento odontológico.

- **Ação: Monitorar a utilização do serviço odontológico por idosos da área de abrangência:**

Nas reuniões da equipe avaliaremos a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

- **Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos:**

A auxiliar de Saúde Bucal, responsável pela agenda do serviço, foi orientada a dar prioridade no agendamento dos idosos.

- **Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos:**

Os idosos terão prioridade para as consultas odontológicas na agenda de saúde bucal, sendo 03 vagas para atendimento prioritário aos idosos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em**

acompanhamento odontológico no período.

Nas reuniões da equipe será avaliado o número de idosos cadastrados na Unidade em tratamento odontológico durante a intervenção.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias de captação de idosos para acompanhamento odontológico.**

Os ACS aproveitarão as visitas domiciliares para informar a população sobre o atendimento odontológico prioritário para os idosos e sobre sua importância para a saúde geral. Os usuários serão informados sobre a importância de avaliar a saúde bucal também nas reuniões dos grupos de idosos

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

- **Ações: Capacitar a equipe para realizar o acolhimento do idoso de acordo com o protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar o cirurgião dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos:**

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:**

Os ACS farão a busca dos idosos faltosos nas visitas domiciliares.

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

As consultas dos idosos provenientes das buscas domiciliares serão agendadas pelos ACS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Nas reuniões da equipe será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas:**

Nas reuniões do grupo de idosos e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS informaremos a comunidade sobre importância das consultas.

- **Ação: Ouvir a comunidade sobre as estratégias para que não ocorra evasão de idosos, caso haja um número excessivo de faltosos:**

Nas reuniões do grupo de idosos e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS ouviremos a comunidade sobre as estratégias para que não ocorra evasão de idosos.

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

Nas reuniões de grupo, que serão realizadas no final de mês, prestaremos informações sobre a importância e periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Médico e enfermeiro serão encarregados de treinar os ACS para orientarem os idosos quanto à realização das consultas e à sua periodicidade.

- **Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas:**

Nas reuniões da equipe, as consultas dos idosos segundo o protocolo de atenção aos idosos.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 4.1. Garantir registro específico das informações sobre 100% das pessoas idosas cadastradas:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas:**

Toda sexta-feira a enfermeira irá providenciar a atualização das informações do SIAB.

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

A unidade de saúde já possui a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, que passará a ser preenchida no início da intervenção.

- **Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações:**

Toda a equipe terá responsabilidade no registro das informações, o que será pactuado em reunião de Equipe.

- **Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros:**

A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros na última semana de cada mês.

- **Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exames complementares, a não realização de Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados no protocolo:**

Através da ficha de acompanhamento e do prontuário eletrônico, saberemos quais idosos estarão com atraso na realização de consultas de acompanhamento, exames complementares, realização de Avaliação Multidimensional Rápida e demais procedimentos preconizados no protocolo.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde ao menos 1 vez por semana.**

Nas reuniões da equipe, uma vez por semana, será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Eixo: Engajamento Público:

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

Nas reuniões de grupo dos idosos e na própria unidade de saúde, os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e ao acesso à segunda via, se necessário.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Médico e enfermeiro serão encarregados de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

A enfermeira será a responsável por solicitar ao gestor municipal a Caderneta de saúde da Pessoa idosa para a unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

O médico monitorará, nas consultas, os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa como também os ACS nas visitas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público:

- **Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta, sempre que quando for a outros serviços de saúde.**

Nas reuniões de grupo, nas visitas domiciliares e nas consultas, orientaremos os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

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

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Priorizar o atendimento aos idosos com maior risco de morbimortalidade.**

No momento da avaliação inicial, serão identificados os idosos de maior risco de morbimortalidade, que terão prioridade no atendimento.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Através das informações obtidas pelos ACS nas visitas domiciliares e pelo médico ou pela enfermeira nas consultas de avaliação, monitoraremos o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Eixo: Engajamento Público:

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

No momento da consulta de avaliação e nas visitas domiciliares, os idosos serão orientados sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento

mais frequente, quando apresentar alto risco.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Meta 5.2.Garantir a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Priorizar o atendimento dos idosos com fragilização da velhice.**

No momento da avaliação inicial, os idosos identificados com fragilização da velhice terão atendimento priorizado.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através das fichas de idosos.**

O número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será avaliado nas consultas, através da conferência dessa informação nas fichas de idosos.

Eixo: Engajamento Público:

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

Nas consultas e nas reuniões de grupo, os idosos fragilizados e a comunidade serão orientados sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

Os ACS são responsáveis pelo agendamento e visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social de todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.**

Nas reuniões da equipe será feito o monitoramento da realização de avaliação da rede social de todos os idosos acompanhados na UBS, assim como todos os idosos com rede social deficiente.

Eixo: Engajamento Público:

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

Os ACS orientarão os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.

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

Nas reuniões de grupo a comunidade será incentivada a promover a socialização das pessoas idosas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

- **Ação: Definir o papel de cada um dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.**

Nas reuniões de grupo, o médico e enfermeiro oferecerão orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, assim como as técnicas de enfermagem no momento da triagem e os ACS nas visitas domiciliares.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos saudáveis para todos os idosos cadastrados:**

Nas reuniões da equipe será avaliada a realização de orientação nutricional para hábitos saudáveis para todos os idosos cadastrados.

Eixo: Engajamento Público:

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

Através das visitas domiciliares, das consultas de avaliação e das reuniões de grupo, os idosos, cuidadores e a comunidade serão orientados sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Eixo: 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":**

A nutricionista é encarregada de 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", e também de capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

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

dos idosos:

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

Os membros da equipe de saúde estão capacitados para orientarem os idosos a fazerem atividades físicas regulares, que passarão a contar com a participação de profissional de educação física (uma vez por mês).

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

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

Nas reuniões da equipe de saúde será monitorada a realização de orientação de atividades físicas regulares para todos os idosos.

- **Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição:**

Médico e enfermeiro serão encarregados de monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

Eixo: Engajamento Público:

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

Nas consultas de avaliação e nas reuniões de grupo serão dadas orientações aos idosos e à comunidade para a realização regular de atividades físicas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Todos os membros da equipe já estão capacitados para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

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

A odontóloga tem o tempo organizado no momento das consultas com tempo médio para garantir aos pacientes as orientações em nível individual.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

- **Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.**

O monitoramento das atividades educativas individuais será feito pela odontóloga e pela Auxiliar de Saúde Bucal.

Eixo: Engajamento Público:

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

No momento das consultas, os idosos são orientados sobre a importância da higiene bucal e das próteses dentárias, o que também será feito nas visitas domiciliares. A odontóloga fará atividades de promoção e prevenção em saúde e a importância da higiene bucal na unidade de saúde.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

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

Os profissionais serão capacitados de acordo com o Programa de Capacitação apresentado no final do tópico.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso para 100%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da

unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes 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: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à

área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

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 problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita 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 problemas 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 na última consulta.

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

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

Meta 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).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

Meta 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 e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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.

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 atividade física a 100% idosos.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção, adotaremos o manual técnico da Atenção Integral à Saúde do Idoso, Ministério da Saúde – Brasil/2013.

Utilizaremos a ficha do idoso e a Caderneta do Idoso já disponíveis na UBS, assim como também o prontuário eletrônico onde ficam registrados na ficha do rosto os dados que extrairemos. Para a coleta dos indicadores do monitoramento da

intervenção, será utilizada a ficha da coleta de dados preenchida pelo médico e enfermeiro.

Para a coleta dos indicadores do monitoramento da intervenção, será utilizada a planilha de coleta de dados preenchida pelo médico e enfermeiro. Estimamos alcançar com a intervenção um total 226 novos cadastrados ao longo das 16 semanas, para um total 14 mensais e quatro semanais. Todos esses dados devidamente organizados e preenchido pela enfermeira no registro específico do programa do idoso, aonde identificaremos todos os idosos que virão às consultas dos 4 meses da intervenção, se realizará o monitoramento anexando consultas em atraso, exames clínicos laboratoriais, vacinas em atraso e se está recebendo atendimento odontológico.

O acolhimento dos idosos que procuram a unidade de saúde será realizado pela técnica de enfermagem, os mesmos terão atendimento prioritário, seja os que procuram consultas de rotina ou com problemas agudos e já sairão da consulta com a próxima consulta agendada. Sempre na organização da agenda são reservadas 5 vagas, sendo 2 para casos agudos de qualquer faixa etária e 3 para atendimento prioritário como gestantes, crianças e idosos.

Nas visitas domiciliares e na própria UBS, a comunidade é sempre informada sobre a importância da realização das consultas dos idosos, sobre a facilidade de realizá-las na unidade de saúde, sobre o atendimento prioritário aos idosos e a importância do acompanhamento regular dos mesmos pela equipe de saúde, principalmente avaliação clínica realizada mensalmente pelo médico.

As capacitações serão realizadas na própria UBS, para isso serão reservadas 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado toda terça-feira pela manhã das reuniões da equipe e também faremos 1 hora pela manhã na sexta-feira. As capacitações serão oferecidas em reuniões, com apresentações e rodas de discussão sobre cada tema, com materiais e informações do protocolo do Ministério da Saúde. Será seguido o Cronograma apresentado no tópico a seguir.

2.3.4 Cronogramas

A. Cronograma da Intervenção:

Capacitação Dos Profissionais Para As Ações Da Intervenção															
Semanas															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X													
			X												
		X													
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					X										
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				X											
						X									
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					X										
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X				X				X				X
X	X	X													
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X				X				X				X

A. Cronograma das atividades para capacitação:

Público-Alvo	Atividades				
	Conteúdo	Local	Data	Forma de Realização	Responsável
ACS	Cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção	UBS	10/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira

	Captação de idosos com necessidade de atendimento odontológico	UBS	13/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Odontóloga
	A verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito	UBS	17/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
	Reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar	UBS	24/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
Médico, Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem	Avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos	UBS	10/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Odontóloga
	Orientações de higiene bucal e de próteses dentárias	UBS	03/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Odontóloga
	Cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico	UBS	17/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Odontóloga
Odontóloga e Auxiliar de Saúde Bucal	A realização de primeira consulta odontológica programática para idosos	UBS	27/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Secretaria de Saúde
	Acolhimento do idoso de acordo com o protocolo	UBS	03/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
Técnicos de Enfermagem	Verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito	UBS	17/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
Todos	Acolhimento aos idosos e Política Nacional de Humanização	UBS	24/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Médica
	Preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa	UBS	06/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
Todos	Exame clínico apropriado de idosos e hipertensos e/ou diabéticos / Orientações aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na Farmácia Popular/Farmácia da UBS	UBS	20/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Médica
	Aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas	UBS	20/02	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Médica
	Registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas	UBS	10/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira
	Protocolo adotado na UBS para a solicitação	UBS	24/03	Apresentação do tema com data show e	

	de exames complementares			discussão em roda	Médica
	Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial	UBS	13/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Médica
	Identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa / Identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice	UBS	17/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Médica
	Rede social dos idosos	UBS	10/03	Apresentação do tema com data show e discussão em roda	Enfermeira

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1. Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção procuramos desenvolver todas as ações a fim de atingirmos os objetivos propostos para a melhoria no atendimento aos idosos na UBS.

- **Eixo Organização e Gestão do Serviço:** Através do trabalho desenvolvido principalmente pelos ACS especificamente nas visitas domiciliares, foi possível coletar dados necessários para o cadastramento dos idosos da área de abrangência atendida. Os idosos cadastrados nas visitas domiciliares, foram encaminhados para atendimento na unidade básica de saúde (UBS), onde foram acolhidos seguindo o programa de acordo com a intervenção, respeitando seu atendimento prioritário e a atenção necessária de parte da recepção seguido pela triagem feita pela técnica de enfermagem. Para aqueles idosos com alguma dificuldade auditiva, visual e de locomoção, no momento do acolhimento foram respeitados sua limitação e atendimento qualificado para isso. Na triagem foram avaliados os sinais vitais dos idosos (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), peso e avaliação da taxa de glicemia através do glicosímetro disponível na UBS. Em seguida na consulta, foram registrados os dados dos idosos na ficha-espelho para o devido acompanhamento da Avaliação Multidimensional Rápida e da avaliação clínica no decorrer da intervenção. Foi aproveitado o momento da consulta para oferecer orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios físicos

e caso necessitasse de atendimento odontológico, encaminhado para agendamento para a primeira consulta odontológica. Procuramos seguir as ações relacionadas ao tratamento odontológico, avaliando todos os idosos quanto a necessidade desse atendimento, porém, embora oferecido o serviço na UBS, foi pouco procurado pelos idosos cadastrados. Fizemos acompanhamento da situação dos itens da ficha-espelho do idoso cadastrado, especificamente os portadores de HAS e/ou DM, problemas de locomoção, acamados, com fragilidade, depressão e demência. Os idosos com hipertensão arterial foram rastreados para diabetes e os mesmos receberam informações sobre o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS e possíveis alternativas para obter esse acesso. Os idosos acamados e os com problemas de locomoção, receberam atenção e acompanhamento em suas residências, conforme os dados fornecidos na ficha-espelho. Foram realizadas reuniões semanalmente com a equipe de saúde para tratar assuntos relacionados a intervenção, para buscar soluções de eventuais dificuldades encontradas, assim como discutir os avanços obtidos e metas ainda a serem cumpridas.

- **Eixo Monitoramento e Avaliação:** o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na UBS foi feito periodicamente através da verificação dos registros na ficha espelho e do prontuário eletrônico, como na realização de Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física regular das famílias dos idosos.

- **Eixo Engajamento Público:** Durante o período da intervenção, também através das reuniões do grupo realizadas mensalmente, conseguimos orientar os idosos, familiares e a comunidade sobre a implantação do Programa Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Renovação e nessas reuniões foram realizadas palestras focadas nas ações previstas da intervenção. Nas reuniões foram distribuídos panfletos sobre os assuntos e como recursos visuais, utilizamos data-show para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação dos conteúdos que foram elaborados tendo como referência os protocolos do Ministério da Saúde.

- **Eixo Qualificação da Prática Clínica:** durante o período da intervenção, nas reuniões realizadas todas as terças-feiras no período da manhã, tivemos como foco debater

assuntos relacionados ao andamento da intervenção, discutindo sobre as eventuais dificuldades e problemas encontrados e soluções para resolvermos os mesmos. Também esse foi um momento aproveitado para a realização das capacitações que geralmente foram em forma de mesa redonda em que todos os profissionais da equipe incluindo todos os ACS participaram, e assim procurando nesse momento levar principalmente assuntos relacionados ao cronograma da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não realizamos as palestras nas áreas de abrangência, pois a UBS nas reuniões mensais do grupo aproveitou desse momento para fornecer as orientações e informações relativas ao cronograma de palestras previstas na intervenção. Outra via que a UBS utiliza para informar a comunidade e os idosos são as visitas domiciliares. Essas foram as formas de como orientamos a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade de saúde, explicando sobre a existência do programa de Atenção à Saúde do Idoso e os benefícios de contar com uma equipe de profissionais capacitados para acompanhá-los e orientá-los.

Não tivemos dificuldades quanto a referência, porém, quanto à contra-referência, não conseguimos receber as informações. Essa situação foi informada ao supervisor, mas até o presente momento continuamos com o problema.

Nesta semana, mesmo depois do final da intervenção, conseguimos concluir o cadastramento dos 466 idosos da comunidade, para assim darmos sequência ao trabalho nas próximas semanas. As ações do Projeto foram incorporadas à rotina de trabalho da Unidade, o que nos permitirá beneficiar a todos, mesmo já tendo concluído nosso Projeto no período determinado pelo Curso. Sobre a Planilha Coleta de Dados, conseguimos verificar falhas no preenchimento devido à má interpretação, pois tínhamos dados que não estavam na planilha como os casos de idosos que tiveram a primeira consulta odontológica programática, mas não tinham tido esses atendimentos registrados na planilha. Outro caso de má interpretação foi também na parte da planilha que pergunta se o idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, pois todos os idosos que estão recebendo atendimento odontológico estão recebendo essas orientações. Assim, percebidos os equívocos, corrigi os erros deles decorrentes.

Apesar das dificuldades enfrentadas, conseguimos com muita dedicação e “garra” superá-las, e assim concluir a intervenção com bons resultados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o período da intervenção a coleta de dados foi realizada na própria UBS e na área de abrangência através dos ACS nas visitas domiciliares. Para a coleta de dados foi utilizada a ficha espelho proposta pelo Curso de Especialização da UNASUS/UFPel, que com informações do SIAB, do livro registro de idoso, da ficha de acompanhamento e do prontuário eletrônico foi possível alimentar a Planilha de Coleta de Dados.

As principais dificuldades e limitações que enfrentamos foi referente ao acesso e a viabilidade de informações dos familiares, pois muitos moram longe dos idosos ou internaram os mesmos em clínicas particulares.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Os aspectos que viabilizam a incorporação das ações à rotina de serviços na UBS, seguindo os quatro eixos da intervenção, são:

– Eixo Organização e Gestão do Serviço: Após o término da intervenção o cadastramento de idosos da área de abrangência continua sendo realizado na unidade de saúde, e pelos ACS durante as visitas domiciliares. A Ficha Espelho do idoso também continua sendo aberta com o preenchimento dos dados de identificação dos idosos;

– Eixo Monitoramento e Avaliação: O monitoramento dos idosos cadastrados e atendidos na UBS continua sendo realizado, através da avaliação nas consultas programadas (realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames laboratoriais para idosos hipertensos e diabéticos e avaliação dos mesmos) e garantindo o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS.

– Eixo Engajamento Público: Através das reuniões de grupo realizadas uma vez por mês, temos a oportunidade de informar a comunidade sobre a importância dos idosos continuarem realizando acompanhamento periódico e os benefícios de realizá-lo na UBS, através de palestras e atividades educativas.

– Eixo Qualificação da Prática Clínica: Semanalmente realizamos uma reunião da equipe na unidade de saúde com todos os profissionais, com o intuito de

discutirmos assuntos relacionados a UBS, frisando a importância do atendimento qualificado aos idosos, traçando estratégias de soluções para eventuais problemas na unidade e capacitações que contribua para continuar proporcionado um atendimento qualificado segundo as necessidades da nossa área de abrangência.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A seguir estão apresentados os resultados obtidos com a intervenção na área de abrangência da UBS.

4.1 RESULTADOS

A intervenção teve como objetivo a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Renovação de Veranópolis/RS. A meta de cobertura era de alcançar 100% na atenção à saúde do idoso em toda a área de abrangência que era de 466 idosos pertencentes a 3 micro áreas, entretanto a intervenção chegou a 70,6%, o que corresponde a 329 idosos. Apresento a seguir os resultados obtidos, de acordo com os Objetivos e as Metas definidas no Projeto de Intervenção.

Em relação ao objetivo 1, de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade de Saúde:

Meta 1.1.: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

A cobertura do programa foi crescente nos quatro meses de intervenção, atingindo os seguintes números e proporções de idosos cobertos: no primeiro mês 50 (10,7%), no segundo mês 134 (23,8%), no terceiro mês 215 (46,1%), e no quarto mês 329 idosos cobertos entre os 466 idosos residentes na área de abrangência da UBS (70,6%). (Gráfico 1).

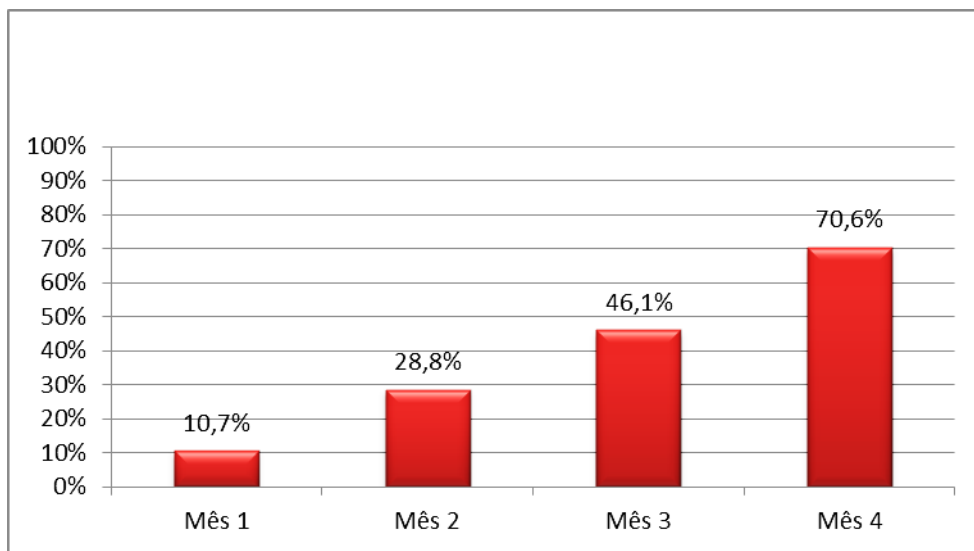


Gráfico 1. Cobertura de atenção à saúde do idoso da área da UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, conseguimos atingir esse resultado de cadastramento de idosos da área de cobertura da unidade básica de saúde (UBS).

Em relação ao objetivo 2, de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde:

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

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos que realizaram Avaliação Multidimensional Rápida: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Na medida em que os idosos foram sendo cadastrados e atendidos, fomos realizando as Avaliações Multidimensionais Rápidas.

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:

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos que realizaram Exame Clínico Adequado em dia: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Todos os idosos cadastrados foram atendidos na UBS, e tiveram realizada a avaliação inicial e as medidas antropométricas e após o exame clínico com avaliação integral do idoso.

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

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia: no primeiro mês 47 dos 47 cadastrados (100%), no segundo mês 123 dos 123 cadastrados (100%), no terceiro mês 169 dos 169 cadastrados (100%), e no quarto mês 231 dos 231 idosos cadastrados (100%).

Os indicadores mostram que todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e atendidos, realizaram exames complementares periódicos em dia em todos os meses. Isso devido ao grande interesse dos idosos em fazer os exames e à facilidade das solicitações dos exames, pois município conta com 3 laboratórios nos quais a prefeitura fornece vagas suficientes.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia popular para 100% dos idosos hipertensos ou diabéticos:

Nesse período dos quatro meses de intervenção, tivemos variações dos números e proporções atingidos de idosos com prescrição da Farmácia Popular: no primeiro mês 47 dos 50 cadastrados (94%), no segundo mês 123 dos 134 cadastrados (91,8%), no terceiro mês 206 dos 215 cadastrados (95,8%), e no quarto mês 319 dos 329 idosos cadastrados (97%) (Gráfico 2).

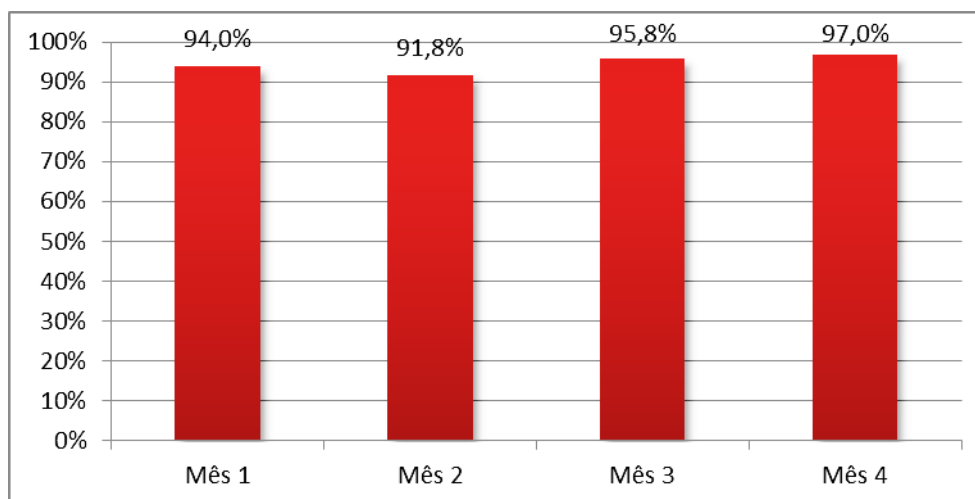


Gráfico 2. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Embora tenhamos realizado cadastros altos de pacientes que adquiriram medicação na Farmácia Popular, existe um percentual de 3% de idosos que devido a não aceitarem medicamentos genéricos optam por comprarem em sua fórmula não genérica.

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

A previsão de cadastramento na área de abrangência de idosos acamados era de 7 no total, assim nos dois primeiros meses de intervenção atingimos esse número, mas após conseguimos alcançar um número maior ficando os dados de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados da seguinte forma: no primeiro mês 6 dos 7 cadastrados (85,7%), no segundo mês 7 dos 7 cadastrados (100%), no terceiro mês 9 dos 9 cadastrados (100%), e no quarto mês 9 dos 9 idosos cadastrados (100%) (Gráfico 3).

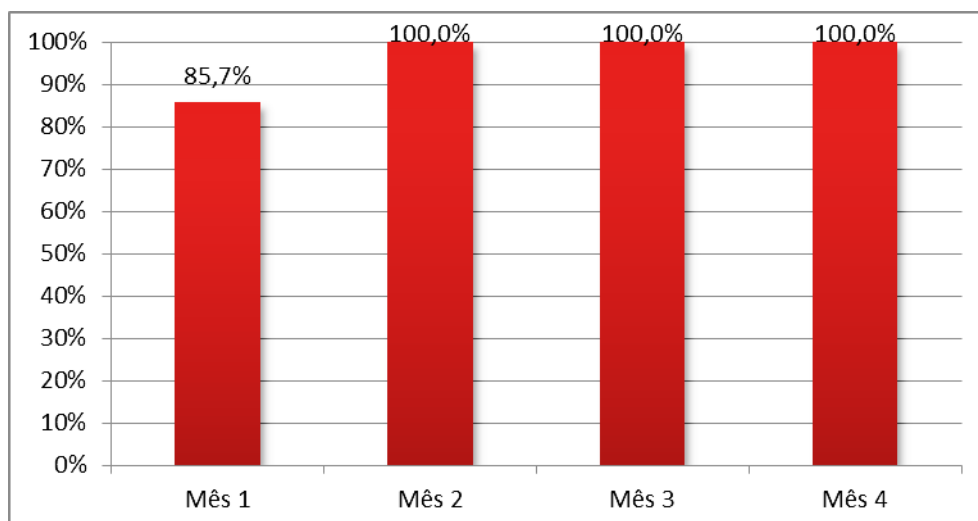


Gráfico 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Através das visitas domiciliares feitas pelos ACS, conseguimos atingir um número crescente além da meta esperada na intervenção.

Meta 2.6. Garantir visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar: no primeiro mês 6 dos 7 cadastrados (85,7%), no segundo mês 7 dos 7 cadastrados (100%), no terceiro mês 9 dos 9 cadastrados (100%), e no quarto mês 9 dos 9 idosos cadastrados (100%)

Todos idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar em todos os meses da intervenção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para HAS:

Nos quatro meses de intervenção, os números e proporções de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta foram as seguintes: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Todos os idosos que foram cadastrados e atendidos no período da intervenção, no momento da triagem foi verificada a pressão arterial.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mgHg ou com diagnóstico de HAS para DM:

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos hipertensos rastreados para diabetes: no primeiro mês 47 dos 47 cadastrados (100%), no segundo mês 124 dos 124 cadastrados (100%), no terceiro mês 170 dos 170 cadastrados (100%), e no quarto mês 232 dos 232 idosos cadastrados (100%).

Na UBS todos os idosos hipertensos cadastrados atendidos foram rastreados para diabetes.

Meta 2.9. Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 100% dos idosos cadastrados.

Os números e proporções de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o período da intervenção nos quatro meses foram os seguintes: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 207 dos 234 cadastrados (96,3%), e no quarto mês 323 dos 329 idosos cadastrados (98,2%).

Conseguimos atingir esse percentual, pois quando os pacientes foram atendidos nas consultas de avaliação clínica, no mesmo dia era marcada na agenda da odontologia a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos com a primeira consulta odontológica programática: no primeiro mês 1 dos 50 cadastrados (2,0%), no segundo mês 50 dos 134 cadastrados (37,3%), no terceiro mês 123 dos 215 cadastrados (57,2%) e no quarto mês 194 dos 329 idosos cadastrados (59%) com a primeira consulta odontológica (Gráfico 4).

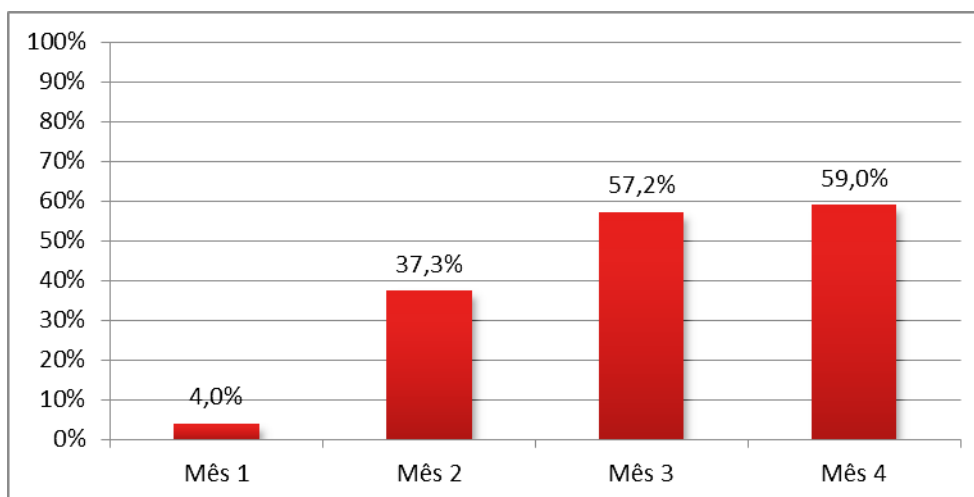


Gráfico 4. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica na UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

O motivo pelo baixo percentual das consultas odontológicas programáticas, é devido ao grande número de idosos preferirem tratamento odontológico particular.

Em relação ao objetivo 3, de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:

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

Durante os quatro meses de intervenção, 100% dos idosos compareceram as consultas marcadas, sendo portanto desnecessárias as buscas de faltosos.

Em relação ao objetivo 4, de melhorar os registros das informações:

Meta 4.1. Garantir registro específico das informações sobre 100% das pessoas idosas cadastradas:

Os números e proporções de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia durante o período da intervenção nos quatro meses foram os seguintes: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Todos os idosos que foram cadastrados durante o período da intervenção tiveram a ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: no primeiro mês 50 (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Durante o período da intervenção, os idosos cadastrados que não tinham a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a receberam.

Em Relação ao Objetivo 5, de Mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos para risco de morbimortalidade: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Através das visitas domiciliares pelos ACS e no momento da avaliação inicial foram identificados os idosos de risco de morbimortalidade da área de abrangência.

Meta 5.2. Garantir a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas:

Durante os quatro meses de intervenção, os números e proporções atingidos de idosos cadastrados com avaliação para fragilização na velhice em dia foram os seguintes: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos 134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

O número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice foi avaliado nas consultas, através da conferência dessa informação nas fichas de idosos.

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

Os números e proporções obtidos nos quatro meses de intervenção de idosos com avaliação de rede social em dia foram os seguintes: no primeiro mês 28 dos 50 cadastrados (56%), no segundo mês 81 dos 134 cadastrados (60,4%), no terceiro mês 117 dos 215 cadastrados (54,4%), e no quarto mês 200 dos 329 cadastrados (60,7%) (Gráfico 5).

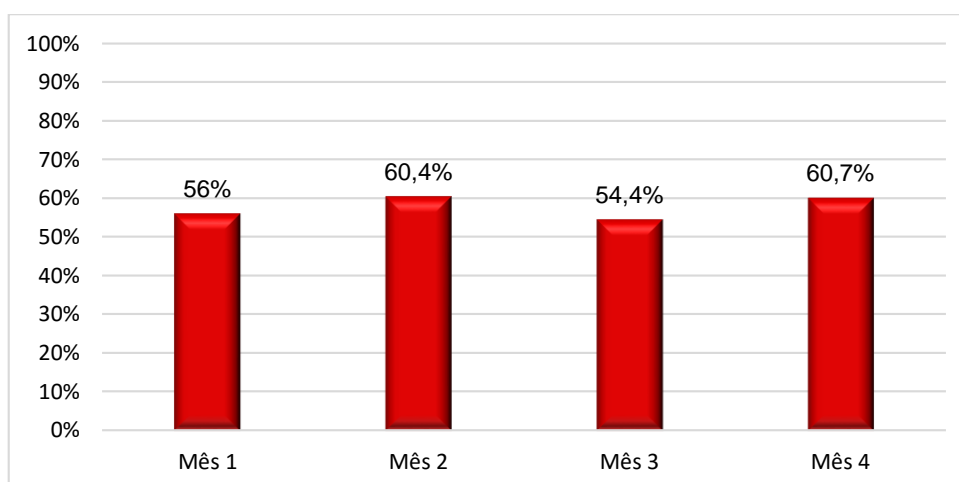


Gráfico 5. Proporção de idosos com avaliação da rede social na UBS/ESF UBS Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Não conseguimos atingir um percentual alto nesse indicador, devido a maioria dos idosos incluindo os da zona rural apresentarem idade avançada e não terem interesse em participar.

Em relação ao objetivo 6, de promover a saúde:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos:

Nos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis: no primeiro mês 50 dos 50 cadastrados (100%), no segundo mês 134 dos

134 cadastrados (100%), no terceiro mês 215 dos 215 cadastrados (100%), e no quarto mês 329 dos 329 idosos cadastrados (100%).

Durante toda a intervenção, as orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis foram oferecidas nas reuniões do grupo, consultas clínicas, assim como as técnicas de enfermagem no momento da triagem e os ACS nas visitas domiciliares, uma rotina diária que já vinha se realizando na UBS.

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

Durante o período dos quatro meses de intervenção, foram atingidos os seguintes números e proporções de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física: no primeiro mês 44 dos 50 cadastrados (88%), no segundo mês 128 dos 134 cadastrados (95,5%), no terceiro mês 207 dos 215 cadastrados (96,3%), e no quarto mês 319 dos 329 idosos cadastrados (97%) (Gráfico 6).

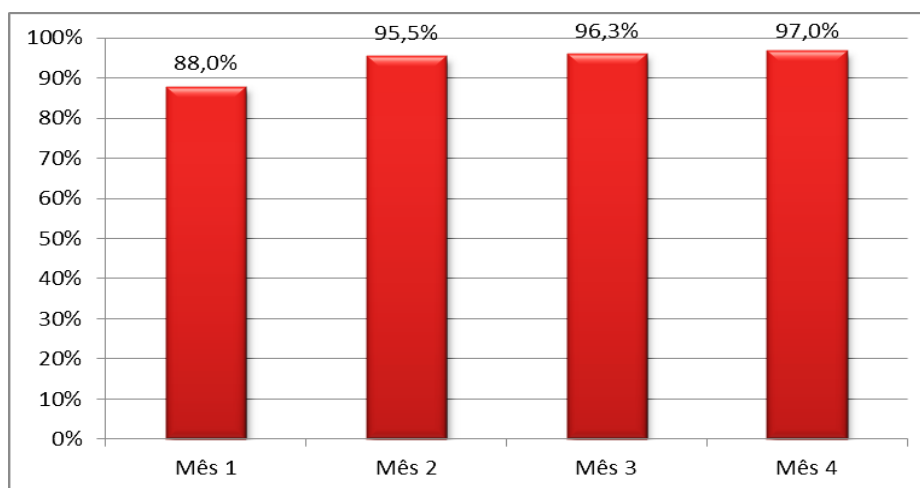


Gráfico 6. Proporção de idosos com orientações para a prática de atividades físicas regulares na UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A equipe de saúde através das consultas de avaliação e nas reuniões de grupo orientou os idosos a fazerem atividades físicas regulares e nas reuniões de grupo também à comunidade recebeu orientações.

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

A intervenção durante os quatro meses teve um aumento progressivo apesar de não ter atingido a meta, alcançado os seguintes números e proporções de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal: no primeiro mês 2 dos 50 cadastrados (4,0%), no segundo mês 51 dos 134 cadastrados (38,1%), no terceiro mês 123 dos 215 cadastrados (57,2%), e no quarto mês 194 dos 329 idosos cadastrados (59,0%) (Gráfico 7).

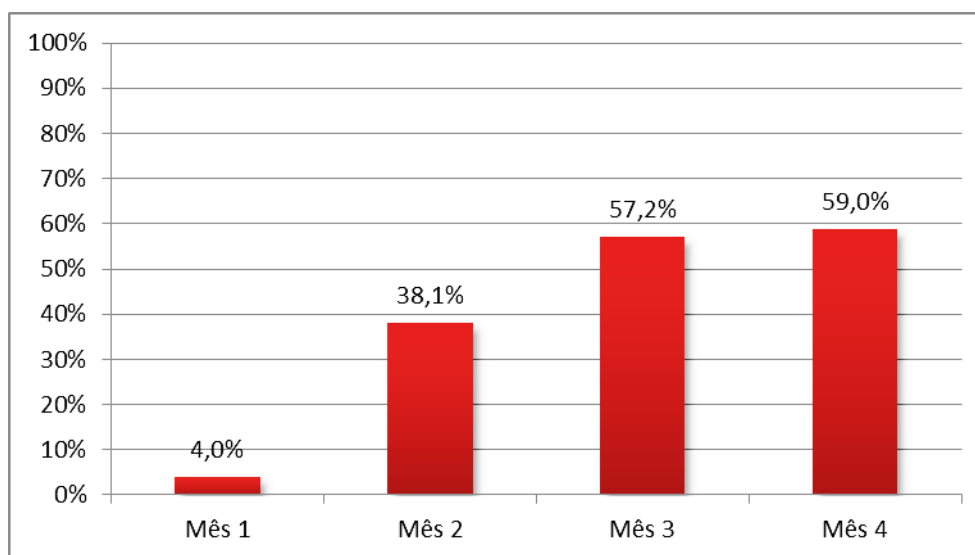


Gráfico 7. Proporção de idosos com orientações sobre higiene bucal na UBS/ESF Renovação – Veranópolis/RS. Fevereiro a maio de 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Através das consultas odontológicas e as reuniões mensais do grupo os idosos foram orientados sobre higiene bucal e de próteses.

4.1 Discussão

A intervenção na UBS proporcionou uma ampliação da cobertura na atenção integral na saúde do idoso, com um sensível aumento da procura de idosos por atendimento na UBS, pois existia um alto percentual de idosos residentes na área da Unidade que utilizavam apenas serviços privados. Esse aumento nos atendimentos propiciou um melhor acompanhamento e seguimento dos idosos da área de abrangência.

Não conseguimos ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, mas o trabalho realizado diariamente pelos ACS, permaneceram afim de ampliar essa cobertura e atingir a meta. O município conta

com 3 laboratórios nos quais a prefeitura fornece vagas suficientes, esse fato possibilitou a solicitação de exames complementares periódicos para 100% todos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. Ainda com atenção a esses usuários, foi priorizado a prescrição de medicamentos da Farmácia popular a todos os idosos interessados no benefício, visto que nem todos tem interesse em adquirir o medicamento em sua fórmula genérica.

Na área de abrangência da UBS, não temos um alto índice de idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim conseguimos cadastrar 100% dos idosos e garantir a todos um contínuo acompanhamento em suas residências.

A intervenção fez com que a equipe reorganizasse os processos de trabalho relacionados com o acompanhamento dos idosos, processo que envolveu a capacitação de todos para que seguissem as recomendações do Ministério da Saúde nessa área. A intervenção promoveu o trabalho integrado de toda a equipe (médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS, odontóloga, assistente bucal e recepcionista.

Foram definidas as atribuições de cada um dos profissionais nos diferentes processos de trabalho, começando pelo acolhimento, realizado pelas profissionais da recepção e pelas técnicas de enfermagem, estas encarregadas também do agendamento das consultas. A enfermeira ficou encarregada do monitoramento das ações da intervenção, os agentes comunitários de saúde pelo cadastramento e pela busca ativa dos idosos faltosos às consultas, assim como também por fornecer todas as informações de qualquer problema que os idosos apresentassem durante as visitas domiciliares realizadas diariamente por eles. O médico ficou encarregado do acompanhamento dos idosos, através das consultas programadas, da avaliação e do exame físico dos mesmos.

Foi possível também fazer o rastreamento e acompanhamento para os que apresentam hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou o diagnóstico de outras doenças que cometem esse grupo etário, tais como a osteoporose, alterações neurológicas, artroses e outras.

Todo esse trabalho produziu um grande impacto no serviço, pois antes da intervenção grande parte dos idosos buscavam tratamento apenas em serviços privados, e hoje a maior parte deles estão sendo acompanhados pela UBS. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando e organizando a prestação de atenção integral à saúde para um número expressivo de idosos. A melhora do registro

e no agendamento das consultas dos idosos viabilizou a otimização da agenda também para garantir a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção sobre a população foi também sentido pela comunidade, pois tanto os idosos quanto familiares demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento. No entanto, pelo fato do número de idosos na área de abrangência ser alto, essa priorização gerou insatisfação entre os outros pacientes na sala de espera. Cabe lembrar que, além deles terem prioridade no atendimento, suas necessidades de saúde fazem com que suas consultas dispendam maior tempo.

Apesar da ampliação da cobertura e da melhoria da qualidade do programa da saúde do idoso, ainda restam idosos sem cobertura, especialmente na zona rural, pois, além de residirem em áreas muito distantes, muitos deles trabalham nas lavouras durante o dia, o que faz com que tenhamos dificuldades para encontrá-los e atendê-los.

A intervenção poderia ter sido ainda melhor, com mais reuniões com a comunidade e com maior divulgação das atividades oferecidas pela UBS. Além disso, também faltou envolvimento do outro médico da UBS com a intervenção, pois ele poderia ter dado continuidade no período em que me ausentei da Unidade, durante minhas férias. A inexistência de conselhos de saúde foi outro fator prejudicial, pois a participação da comunidade é fundamental para qualquer projeto da UBS e do município de forma geral.

Para que a intervenção seja incorporada à rotina de trabalho na UBS, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, especificamente dos familiares de idosos, em relação a necessidade de priorizar a atenção integral a saúde do idoso, por ser uma faixa etária que merece especial atenção e cuidado.

Assim nossa pretensão é continuar com a intervenção, a fim de manter e acompanhar de forma contínua os idosos já cadastrados e os cadastrados a partir desse momento, com os mesmos atendimentos e serviços de qualidade, tomando como exemplo esse projeto de intervenção.

4.2 Relatório da intervenção para os gestores

Veranópolis – RS julho de 2015.

Ao Senhor,

Neivaldo Carvalho

Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Relatório da Intervenção na UBS Renovação

Senhor Secretário,

Sou Maria Teresa Rodriguez Rey, médica, trabalho na UBS Renovação – Veranópolis/RS. Em agosto de 2014, através da Universidade Federal de Pelotas/RS iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de Educação a Distância (EAD). Através do curso iniciei um trabalho que visava a intervenção na unidade de saúde que teria como objetivo a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Renovação – Veranópolis/RS. A intervenção na UBS seria por um período de 16 semanas e quando iniciamos, a meta de cobertura era de alcançar o cadastramento dos 466 idosos pertencentes as 3 micro áreas da região, entretanto a intervenção chegou a 70,6%, o que corresponde a 329 idosos.

Como é de sua ciência que estava sendo desenvolvido esse trabalho na UBS, através desse breve relatório trago a vosso conhecimento nosso trabalho durante os quatro meses da intervenção, as ações, objetivos e metas desenvolvidas dedicadas a melhoria na atenção à saúde do idoso.

Durante a intervenção, desenvolvemos diversas ações, envolvendo 4 Eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, a saber:

- Realizamos Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- Realizamos exame clínico apropriado em 100% das consultas;

- Realizamos a solicitação de exames complementares periódicos para 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- Priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia popular para 97% dos idosos hipertensos ou diabéticos, e os outros 3% dos idosos não incluídos foi devido a não aceitarem medicamentos genéricos e optarem por comprar em sua fórmula não genérica;
- Cadastramos 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da nossa área de abrangência e garantimos visita domiciliar a todos eles;
- Rastreamos 100% dos idosos para HAS;
- Rastreamos 100% dos idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mgHg ou com diagnóstico de HAS para DM;
- Realizamos avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 96,3% dos idosos cadastrados e os idosos com interesse tiveram tratamento odontológico;
- Garantimos a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas;
- Garantimos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos;
- Garantimos orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos;
- Garantimos orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses) para 100% dos idosos;

No decorrer da intervenção, a equipe com grande empenho conseguiu superar as dificuldades e obter um bom resultado, prova disso foi o alto índice de satisfação expressado pela comunidade em especial pelos idosos e seus familiares.

A participação do gestor foi muito importante e positiva durante todo processo de nosso trabalho, pois proporcionou debate da análise situacional da UBS e a realidade do atendimento ao idoso oferecendo novas estratégias a serem desenvolvidas que ajudaram a melhorar a qualidade na atenção integral a saúde do idoso. Também teve um papel fundamental para garantir mais governabilidade do projeto que permitiu uma ação coordenada para organização do trabalho e a equipe.

O apoio da gestão nesse trabalho é suma importância, pois facilita habilidades a serem desenvolvidas na UBS para que possamos obter resultados capazes de nos conduzir a nossos objetivos e estratégias com o intuito de gerar mudanças e agregar valores ao ser humano. Tendo nossa intervenção como modelo referencial com benefícios e resultados positivos obtidos, o apoio da gestão para continuidade e eventual expansão da intervenção para outras Equipes/Unidade será fundamental para atingir esses benefícios.

Na intervenção a equipe foi preparada e capacitada segundo o projeto para proporcionar um bom desenvolvimento e funcionamento das atividades desenvolvidas na UBS, no que se refere a atenção a saúde do idoso, que merece maior e especial atenção. Assim gerando um aumento na satisfação do atendimento oferecido a população idosa.

4.3 Relatório da Intervenção para a comunidade

Veranópolis – RS julho de 2015.

A Conselho municipal de Saúde,
Sras e Sres Conselheiros

Assunto: Relatório da Intervenção na UBS Renovação

Sou Maria Teresa Rodriguez Rey, médica, trabalho na UBS Renovação – Veranópolis/RS. Em agosto de 2014, através da Universidade Federal de Pelotas/RS iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de Educação a Distância (EAD). Este Relatório visa relatar para a comunidade como foram as principais atividades desenvolvidas na intervenção que teve como objetivo a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Renovação – Veranópolis/RS. A intervenção na UBS seria por um período de 16 semanas e quando iniciamos, a meta de cobertura era cadastrar os 466 idosos pertencentes a nossa área de saúde.

Através desse relatório, vocês terão conhecimento das principais atividades desenvolvidas durante os quatro meses da intervenção e as ações e objetivos de nosso trabalho. Grande parte da população já sabe que estamos desenvolvendo esse trabalho, pois no início da intervenção foi discutido com a população que a equipe desenvolveria um trabalho dedicado a saúde do idoso.

O motivo por essa intervenção, foi o fato do município apresentar um número considerável de idosos principalmente na área situada da UBS Renovação. Nos quatro meses de intervenção conseguimos cadastrar 329 idosos da nossa área. Todos os idosos cadastrados receberam atendimento na UBS conforme suas limitações e necessidades. Os idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e atendidos, realizaram exames de laboratório em dia em todos os meses.

Priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia popular para 97% dos idosos hipertensos ou diabéticos e os que não receberam esse benefício foi devido a não aceitarem medicamentos genéricos. Conseguimos cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da nossa área de cobertura assim como também garantimos a todos eles visitas domiciliares. Realizamos avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 96,3% dos idosos cadastrados e os idosos que tiveram interesse fizeram consulta/tratamento odontológico.

Garantimos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos cadastrados e também orientações para atividades físicas regulares. A todos os idosos cadastrados que tiveram interesse em tratamento odontológico na UBS, garantimos orientações sobre higiene bucal e de próteses.

É muito importante a participação da comunidade na intervenção na atenção à saúde do idoso, pois a existência do Programa na unidade de saúde traz benefícios e a comunidade tendo esse conhecimento recebendo as orientações do programa contribui para que os idosos tenham um acompanhamento periódico, sobre as facilidades de realizá-lo, de forma organizada, com uma equipe de profissionais capacitados para acompanhá-los e orientá-los a acesso de benefícios como aos medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS, sobre o atendimento odontológico prioritário, a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção como também a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

O resultado da intervenção foi fruto de nossa dedicação com muito esforço para

atingirmos todas as metas. Esperamos que a população tenha entendido que nosso propósito foi que com a terceira idade tenha um bom atendimento e uma melhoria na qualidade de vida, pois essa faixa etária merece especial atenção.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Expectativas Iniciais:

Ter tido a oportunidade de realizar o curso de Especialização em Saúde da Família, foi algo que me deixou muito feliz. No início ainda sem compreender o projeto pedagógico do curso, olhava para minha qualificação profissional e a obtenção de um título em saúde da família. As aulas iniciaram e na primeira semana de ambientação conheci o ambiente virtual de aprendizagem e meu orientador o Dr. Douglas Schneider Filho. Posteriormente percebi que o curso oferecia a possibilidade de participar de fóruns on line podendo interagir com outros colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos e experiências individuais de outros alunos o que me deixou mais interessada e motivado pelo curso.

Ao entender o projeto pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS em que trabalho, esclarecer dúvidas nas reuniões da equipe, compartilhei experiências, divulguei a importância do curso e incentivei a participação de outros profissionais da saúde.

Passei por algumas dificuldades, enfrentei pequenos desafios, porém nunca pensando em desistir, pois sempre contei com a ajuda, apoio e orientações do meu orientador o qual sempre me motivou pelo qual consegui prosseguir no curso.

Acreditei que realizar a intervenção na UBS Renovação não seria difícil devido a sua boa estrutura física e uma equipe de saúde qualificada, mas confesso que tive que enfrentar o desafio de para a intervenção por causa das minhas férias tendo que viajar para meu país para rever minha família. Além disso, outro fato negativo ocorrido, foi não poder contar com o apoio do outro médico da UBS para dar continuidade ao processo de intervenção na minha ausência, motivo pelo qual me atrasei no curso, mas nada que impedisse de terminar a intervenção.

Entretanto, considero satisfatória a realização da intervenção na UBS com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes como teria desejado, mas no final deu tudo certo.

Significado do curso para minha prática profissional:

O curso de especialização em saúde da família teve grande significado para minha prática profissional, pois me permitiu adquirir amplos e novos conhecimentos acerca da estratégia na saúde da família, assim como uma grande oportunidade de mudanças dentro da UBS, com todos os membros da equipe e usuários, especificamente os idosos e seus familiares acompanhados na UBS.

Aprendizados mais relevantes decorrentes do curso e importância deles:

O planejamento das ações, metas e objetivos em saúde, o conceito de acolhimento e organização da demanda espontânea na UBS, e estratégia na saúde da família assim como organização do trabalho por parte dos membros da equipe, foram meus aprendizados mais relevantes durante todo o decorrer do curso.

Apreendi muito com esse curso, como todas as ações em saúde devem ser bem planejadas, programadas e executadas na prática, pois isso nos permite atender todas as necessidades dos usuários assistidos, ajudando a melhorar assim a prevenção de doenças provocando um impacto na diminuição de indicadores de mortes totalmente preveníveis, especificamente na faixa etária que foi desenvolvido nosso trabalho (Atenção Integral a Saúde do Idoso). Também ajudou na melhora de outros indicadores de forma geral como pré-natal, atenção à saúde da criança, prevenção do colo do útero e mama.

No que se refere a organização da demanda espontânea na UBS, aprendi a diferenciá-la da demanda programada, pois a mesma é através do agendamento de consultas para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas através de ações programáticas, trazendo uma lógica, pois assim a partir desse acompanhamento é estabelecido um vínculo e é possível identificar as condicionantes e determinantes do processo de saúde-doença dos usuários, principal objetivo esse nos atendimentos nas UBS.

Sobre a organização e trabalho em equipe multidisciplinar da UBS, entendi e aprendi que se faz necessário para que possamos proporcionar uma

melhor capacidade resolutiva dos problemas e necessidades dos usuários no que se refere ao atendimento e cuidados da saúde.

5.1 Referências Bibliográficas

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. **Atenção Integral a Saúde do Idoso**. Brasília, Agosto 2013.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília/2007.

FREITAS, EV.ET.AL. Avaliação Geriátrica Ampla. Instituto Nacional: Medicina de Família – **Saúde do Adulto e do Idoso**. Rio de Janeiro/2006.

SIRENA, AS. Avaliação Multidimensional do Idoso: **Uma Abordagem em Atenção Primária a Saúde do Idoso**. 2008

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde do Idoso. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prática de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília/2009.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília/2010.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política de Atenção Básica**. Brasília/2007.

BOCTA NEVES, Maria Fernanda. Atenção Integral na Saúde do Idoso no Programa Saúde da Família: **Visão dos Profissionais da Saúde**. Brasília/2010.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde – Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília/2008.

5.2 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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

“Envelhecer com Saúde
é um Direito de Cidadania”

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde



GOVERNO FEDERAL



Ministério da Saúde

Caderneta de
Saúde
da
Pessoa
Idosa

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. APRESENTAÇÃO

O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa.

Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela você poderá acompanhar a evolução de sua saúde.

Essa é mais uma ação que traduz o compromisso de todos os gestores com a saúde integral da população idosa.

Ande sempre com sua Caderneta e não se esqueça de levá-la nas consultas com os profissionais de saúde.

Envelhecer com saúde é um direito seu de cidadania. Mas não se esqueça de fazer a sua parte praticando alguma atividade física: ande, dance, nade, faça todas as coisas que te dão prazer. Participe das atividades de sua comunidade. Saia com seus amigos e amigas. Pratique saúde com sua família, passeando e se divertindo juntos.

Lembre-se sempre que envelhecer não é sinônimo de doença e se notar qualquer alteração no seu dia-a-dia procure o serviço de saúde mais próximo de você.

2. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Como eu sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

N.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Minha escolaridade: () analfabeto () até 4 anos
 () 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Sou aposentado: () sim () não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo () não () sim

() fumo frequentemente () fumo raramente () parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Bebida alcoólica () não () sim

() bebo frequentemente () bebo raramente () parei de beber

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física () não () sim

() faço frequentemente () faço raramente () parei de fazer

Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____

3. MORAM COMIGO _____ pessoas

4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () sim () não

5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: _____

Grau de vínculo: _____

Esta pessoa mora próximo de mim? () sim () não

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não

Obs.: _____

6. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É:

Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)
13)
14)

8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)
13)
14)

9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES**9.1. Internações**

		Ano						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de internações	1.º sem.							
	2.º sem.							

Obs: _____

9.2. Ocorrência de quedas

		Ano						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de quedas	1.º sem.							
	2.º sem.							

Obs: _____

9.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

Medicamentos:
1)
2)
3)
4)
Alimentos:
1)
2)
3)
4)
Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):
1)
2)
3)
4)

10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER

- SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.
- CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.
- TOMAR AS MINHAS VACINAS.
- MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES COM FAMILIARES E AMIGOS.
- COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.
- EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.
- MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRE-SERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.
- SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.

VACINAS

INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA A SER APLICADA

Contra *influenza* (gripe), a cada ano.

Data: / / Data: / / Data: / / Data: / / Data: / /
 Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____
 Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____
 US: _____ US: _____ US: _____ US: _____ US: _____
 Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____

Contra difteria e tétano, a cada dez anos.

Data: / / Data: / / Data: / / Data: / / Data: / /
 Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____
 Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____
 US: _____ US: _____ US: _____ US: _____ US: _____
 Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____

Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde.

Data: / / Data: / / Data: / / Data: / / Data: / /
 Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____
 Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____
 US: _____ US: _____ US: _____ US: _____ US: _____
 Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____

Contra febre amarela, a cada dez anos se eu for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando eu for viajar para essas regiões.

Data: / / Data: / / Data: / / Data: / / Data: / /
 Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____ Lote: _____
 Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____ Dose: _____
 US: _____ US: _____ US: _____ US: _____ US: _____
 Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____ Ass.: _____

15. MEU CONTROLE DE GLICEMIA

Data

Glicemia

Data

Glicemia

Data

Glicemia

Data

Glicemia

Data

Glicemia

Data

Glicemia

Data

Glicemia

16. ANOTAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: