

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mato Leitão,
Mato Leitão/RS**

Yanin Blanco Zapata

Pelotas, 2015.

Yanin Blanco Zapata

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Mato Leitão, Mato
Leitão/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.

Orientadora: Débora Zanutto Cardillo

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

Z35m Zapata, Yanin Blanco

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS / Yanin Blanco Zapata; Debora Zanutto Cardillo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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. Cardillo, Debora Zanutto,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico meu trabalho a toda minha família por ter sido um apoio importante e me dar força nos momentos mais difíceis. Obrigada.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram e participaram para que esta intervenção fosse realizada com a maior responsabilidade e para que tudo ficasse bem.

Também tenho um agradecimento muito grande a minha orientadora que dia após dia me ajudou com todas minhas dúvidas, com minhas trocas de palavras em espanhol, pela paciência e preocupação para que esta intervenção se realizasse da melhor possível. Obrigada por tudo.

Resumo

BLANCO ZAPATA, Yanin. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa Idosa na UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS**. 2015. 81f. 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.

No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos segundo o Ministério da Saúde. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. A atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Com o objetivo de Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Mato Leão, Mato Leitão/RS, foi implementada uma intervenção com duração de três meses na UBS/ESF de Mato Leitão, RS. As ações foram desenvolvidas, segundo os quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha espelho da UFPel, com o intuito de monitorar e registrar os dados para análise. Após a intervenção realizada na área de abrangência da equipe, foi possível observar que o indicador de cobertura do programa de idoso atingiu 100%. Em relação aos indicadores de qualidade, a maioria alcançou 100%. Isso foi possível por meio da implantação do acolhimento dos usuários e o cadastro oportuno. A intervenção proporcionou uma (re)organização do processo de trabalho da equipe, aproximação entre os profissionais de saúde e os gestores, além da participação da comunidade nas ações da UBS. O impacto da intervenção na comunidade foi perceptível e as ações da intervenção se mantêm como rotina na unidade, garantindo pela equipe o bem-estar da saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1: Faixada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.	12
Figura 2: Entrada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.	12
Figura 3: Faixada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.	13
Figura 4: Capacitação com a equipe na UBS, Mato Leitão/RS, 2015.	51
Figura 5: Grupo de idosos na UBS, Mato Leitão/RS, 2015.	52
Figura 6: Grupo de caminhada da UBS, Mato Leitão/RS, 2015.	53
Figura 7: Grupo de Caminhada da UBS, Mato Leitão/RS.	53
Figura 8: Equipe da UBS - psicóloga e médica, Mato Leitão/RS, 2015.	54
Figura 9: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.	58
Figura 10: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Mato Leão/RS, 2015.	60
Figura 11: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Mato Leão/RS, 2015.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
APS	Atenção Primária de Saúde
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família
PSA	Antígeno Prostático Específico
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.2 Objetivos específicos	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	64
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências	73
Apêndice	74
Anexos	76

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade de Ensino à Distância (Ead), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Foi realizada uma intervenção de 3 meses, de março a maio de 2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Mato Leitão – RS com o objetivo de aumentar a cobertura e qualificar a atenção aos idosos.

Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos, complementares entre si na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional – Está inserido a avaliação da UBS, do serviço oferecido e de seu contexto local.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Descreve o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos nas UBS. Apresenta os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, a ação proposta para a intervenção detalha os indicadores, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Apresenta o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresenta a análise e discussão dos resultados encontrados, subsidiando assim, os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, presentes nesse capítulo.

Capítulos 5 e 6 – Relatório para os gestores e comunidade. Foram descritos em medida geral toda a intervenção e os resultados.

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem – Onde se apresenta a visão pessoal da autora sobre todo o processo de aprendizado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Gestão do Serviço em minha UBS está muito organizada: temos uma Equipe de Saúde da Família (ESF) I no centro da cidade e um ESF II rural. Na ESF I há dois médicos generalistas do qual faço parte e outro médico. Também contamos com programas de Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB) composta por psicóloga, enfermeira e estudante de psicologia. Há uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, psicólogo, educadora física e Fisioterapeuta que atua na ESF, agentes comunitárias de saúde (ACS) que fazem os cadastros na população e as visitas domiciliares com os médicos e enfermeira. Também temos uma enfermeira e técnicas de enfermagem, uma sala de vacinação, dois dentistas, um médico pediatra com 20 horas semanais e uma médica ginecologista que trabalha duas vezes por semana.

Na ESF II temos um médico generalista, uma enfermeira, ACS, têm uma recepção onde ficam as técnicas de enfermagem que faz o cadastro de toda a população por números de ACS, contamos com uma farmácia com uma farmacêutica e uma técnica de farmácia, onde há bastantes medicamentos tanto para as doenças crônicas quanto para urgências. A sala de observação tem três camas, oxigênio, medicamentos de urgências com uma técnica de enfermagem, duas ambulâncias com vários motoristas, e uma sala de administração que ajuda os usuários com os encaminhamentos de acordo com referências do município.

Os usuários são transportados dependendo das necessidades, contamos com um laboratório para a realização dos exames no qual o município subsidia o pagamento. A gestão do serviço é feita quando o usuário acessa a unidade: vai à recepção onde as técnicas de enfermagem procuram a ficha familiar, depois são avaliados por acolhimento onde a enfermeira e uma técnica de enfermagem afere a pressão arterial, o peso, altura, temperatura e o motivo/queixa do atendimento. Com isso, o usuário vai para a sala de espera onde tem um grupo de sala de espera com palestras educativas para aguardar atendimento médico.

Oferecemos serviços à população de programas de prevenção da Atenção Primária em Saúde (APS) como ações de tuberculose (TB), caminhada monitorada, consultas agendadas, atendimento de demanda espontânea, ações de saúde a grupos priorizados como hipertensos, diabéticos, idosos, grupo de acolhimento com as psicólogas, além da realização de coleta citopatológico de colo de útero e exame de mama a todas as mulheres feitas pela enfermeira e ginecologista e consultas agendadas com a enfermagem. Também são indicadas mamografias anuais que são avaliadas pelos generalistas e ginecologistas. Nas consultas agendadas se fazem testes rápido de HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) pela enfermagem.

Neste momento temos todas as estruturas físicas e insumos necessários na unidade. Com relação às visitas domiciliares, faço as terças e quartas-feiras de manhã e o outro médico faz quarta-feira de tarde, de modo que sempre tem um médico na unidade. Nosso trabalho é avaliado tanto pela população quanto pela gestão da Secretaria municipal de saúde. Fazemos plano de intervenção na população, ações de promoção, prevenção, reabilitação e as ações programáticas na unidade que são principalmente idosas com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, pessoas em sofrimento psíquico. Os planejamentos são feitos de acordo com as ações programáticas baseadas nos protocolos municipais. A população de nosso município tem um atendimento muito bom e está feliz.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Meu município se chama Mato Leitão tem um total de 4.620 habitantes e minha unidade um total de 2954 habitantes homem 1463 e mulheres 1491, menores de 5 anos 70 crianças, temos duas UBS que são ESF: uma rural e outra no centro. Ambas têm programa de NASF e NAAB, também na sala de secretaria damos encaminhamentos a todas as outras especialidades e os municípios de referência. Nós encaminhamos ao hospital de referência onde os usuários são levados via ambulância e também temos uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dependendo da gravidade do usuário. Temos um laboratório onde são coletados os exames e são levados a outro município para ser analisados, depois eles enviam ou por e-mail ou levam para a UBS dependendo da gravidade e rapidez que requer a

situação e, os exames que não são feitos neste laboratório, nós encaminhamos para os serviços de referência. Nós não temos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Minha UBS é urbana, temos vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) onde se faz referência dependendo das necessidades para outros serviços, o modelo da atenção é ESF: há dois médicos generalistas do qual faço parte e outro médico, contamos com programas como NAAB composta por psicóloga, enfermeira e estudante de psicologia e o NASF composto por nutricionista, psicólogo, educadora física e fisioterapeuta e as agentes comunitárias de saúde. Temos uma enfermeira e técnicas de enfermagem, uma sala de vacinação onde fica uma auxiliar de enfermagem, dois dentistas, um pediatra com carga horária de 20 horas semanais e uma médica ginecologista que atende duas vezes por semana. Temos uma recepção onde ficam as técnicas de enfermagem que faz o cadastro de toda a população por meio dos ACS, contamos com uma farmácia que tem uma farmacêutica e uma técnica de farmácia, além das duas ambulâncias com motoristas.

A saúde bucal na unidade está muito bem conformada e com todas as estratégias para um bom atendimento, temos dois dentistas que trabalham de manhã e de tarde e técnicas que ajudam eles, eles têm agendas e são atendidas todas as demandas espontâneas de urgência.

Quanto à estrutura física, a unidade é grande e nova (figuras 1, 2 e 3) têm a primeira sala de recepção onde ficam as técnicas e auxiliares de enfermagem com os prontuários, do lado esquerdo tem dois consultórios de médicos gerais e pediatra, um consultório de ginecologista e, ao fundo, a farmácia. Ao lado direito tem a sala de acolhimento e o consultório odontológico que é bem estruturado e com boas condições de trabalho, porém não temos instrumental para instalação e manutenção de prótese. Também temos uma sala de vacinação, uma sala de reuniões e uma cozinha com um banheiro. Depois da sala de recepção tem um corredor que tem a sala de administração e gerência, onde ficam funcionários que fazem as coordenações e os encaminhamentos, a sala de observação, ao fundo tem a sala de fisioterapia, sala da nutricionista, sala de vigilância e outra sala de grupos/reuniões onde é feito duas vezes na semana exercícios físicos com uma educadora. Temos espaços adaptados para usuários com deficiências, e, no geral tem uma boa ventilação por meio de janelas e ar condicionado, com boa iluminação. A unidade

tem sinalização para os usuários, mas não para os usuários com deficiências visuais, aspecto que precisa ser arrumado para uma melhor orientação do usuário: para melhorar este aspecto podemos falar com as enfermeiras e toda a equipe para colocar estas sinalizações.



Figura 1: Faixada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.



Figura 2: Entrada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.



Figura 3: Faixada da UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015.

Em relação às atribuições das equipes, nós fazemos através dos ACS o mapeamento e a territorialização da área adscrito, identificando as famílias e indivíduos com doenças ou fatores de risco, cuidamos da saúde da população com ações de prevenção e promoção evitando complicações, temos programas que ajudam a prevenção de doenças. Os odontólogos vão às escolas para realizar os programas de prevenção e também fazemos campanhas de vacinação.

Temos um bom acolhimento de demanda espontânea com classificação de risco, garantimos os medicamentos dos usuários, realizamos busca ativa de DST's, TB e as notificamos. Fazemos grupos de idosos e gestantes onde temos conversas sobre estilo de vida saudável com diversos profissionais. Realizamos reuniões da brigada de incêndio para debater temas de importância mútua e procurar soluções duas vezes ao mês.

A demanda espontânea começa com o acolhimento dos usuários que, ao chegar à unidade, são avaliados na sala de acolhimento e as enfermeiras e/ou técnicas de enfermeiras aferem os sinais vitais e, dependendo da classificação de risco, são atendidos pelo médico. Nós geralmente não temos excesso de demanda porque este não é um problema na unidade: o sistema de acolhimento é muito importante, pois, é a primeira avaliação que o usuário tem.

Em relação à população de área adstrita da UBS em que atuo, temos um total de 2.954 pessoas segundo o acordo com o Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB) e dados da secretaria de saúde. Nós temos uma boa de cobertura de saúde e, como temos uma equipe multiprofissional, os atendimentos são feitos com muita qualidade e não temos uma quantidade excessiva de demanda.

Em meu serviço são realizadas muitas ações da saúde da criança. Na rotina da UBS, a criança ao nascer até 7 dias vai à consulta para ser avaliada pelo pediatra, é realizado o teste de pezinho e todas as vacinas correspondentes. Desde a atenção pré-natal fazemos ações de prevenção de saúde, fazemos visitas domiciliares, damos conversas educativas nas mães sobre a importância da vacinação, os principais problemas das crianças dos primeiros dias, a importância de vir nas consultas, nas primeiras semanas são cadastrados pelos ACS. Temos uma cobertura pelo CAP de 97% do total de crianças menores de um ano acompanhadas na UBS, ou seja, 34. Porém ainda não podemos dimensionar as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), nem em relação ao atraso com mais de 7 dias da consulta agendada, não utilizamos nenhum protocolo de atendimento. Temos boa cobertura do teste do pezinho até os sete dias, o monitoramento do desenvolvimento na última consulta, orientação do aleitamento materno exclusivo, assim como para a prevenção de acidentes, no qual totaliza 100%. Já com 97% (33 crianças) de cobertura temos a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, vacinas em dia e avaliação de saúde bucal. O menor índice de cobertura é de 88% com 30 crianças com a triagem auditiva. A adesão na população é muito boa nesta ação programática.

A atenção pré-natal na UBS em que atuo é muito boa e com consultas agendadas, porém são realizadas por uma ginecologista e os médicos gerais. Também nos primeiros dias da criança, as puérperas são avaliadas pelos ginecologistas e são feitas conversas sobre anticoncepcional, amamentação exclusiva até os 6 meses e sobre os cuidados da criança. As enfermeiras e médicos gerais fazem uma visita domiciliar para orientar as medidas higiênico-dietéticas, sobre as posições para a amamentação, banho das crianças, importância das vacinas, banho de sol diário. Estas ações que se realizam na unidade são muito bem aceitas pela população e tem boa qualidade, porém o acompanhamento ainda é realizado prioritariamente pelo pediatra e ginecologista.

Entre as principais dificuldades, temos que geralmente depois dessas primeiras consultas as mães não levam mais as crianças às consultas e só voltam quando a criança está doente ou quando precisam de vacinas. Devemos falar com

as mães para que elas entendam a importância das consultas programadas. A puericultura é feita geralmente pelo pediatra e os médicos gerais fazem visitas domiciliares, mas considero também que deveríamos fazer ações de puericultura, pois estamos preparados para realizar este tipo de atendimento e assim melhoraria muito o acompanhamento programático e a prevenção das doenças das crianças.

Para melhorar esta ação programática, devemos falar com a enfermeira para que nos programe consultas agendadas com estes usuários. Além disso, não temos protocolos de atendimentos, podemos fazer conversas com a Secretaria Municipal de saúde e o pediatra para começar a fazer a puericultura por estes protocolos. Também seria muito importante ter uma equipe de planejamento e monitoramento das ações, assim como a busca de faltosos para diminuir esta queda de acompanhamento.

A atenção ao pré-natal é muito boa e com muita qualidade, mas geralmente é realizado com a ginecologista. Esta consulta é agendada ao constatar a gravidez. No caso em que a usuária precise de atenção especializada é feita e encaminhada aqui na unidade com carro da unidade para os hospitais e clínicas referenciadas. Se a usuária precisa de atendimento de urgência, passa pelo acolhimento e será atendida pelo médico geral. Temos grupos de gestantes onde são feitas conversas sobre doenças relacionadas com a gravidez, o jeito de prevenir complicações, alimentação saudável, cuidados das crianças, sinais de alerta na gravidez, informação de contrações, só que geralmente não tem muitas gestantes nos grupos. Para melhorar neste aspecto, devemos falar com as grávidas quando elas vão a consultas ou tratar estes temas nas visitas domiciliares e explicar a importância de assistir a estes grupos. Pode ser uma dificuldade de adesão o acompanhamento feito pelo ginecologista e não pelo médico de família em casos de baixo risco. Caso a gestante não faça a vacinação programada, a técnica de enfermagem faz visita domiciliar para aplicar a vacina e fazer orientações sobre o término da gravidez. Geralmente toda a equipe de saúde está envolvida em todas as ações das gestantes.

Temos 29 gestantes residentes na área e acompanhadas, o que representa 98% de acordo com o CAP. Em relação aos indicadores de qualidade, temos: 100% de consultas em dia, solicitação dos exames em primeira consulta, prescrição de suplemento de sulfato ferroso, exame ginecológico e orientação de aleitamento materno. Com avaliação bucal 29 grávidas, o que representa 100% do indicador.

Sobre o puerpério, as mulheres que fizeram consultas de puerpério pelo ginecologista nos últimos 12 meses foram 35, o que representa 100% de cobertura. Todas as 35 puérperas tiveram a consulta puerperal registradas, assim como orientações de cuidados básicos do recém-nascido, orientação do planejamento familiar, com as mamas e o abdômen examinados. Porém, com menos de 100% de indicador de qualidade temos: 97% se consultaram antes de 42 dias (34), 80% das puérperas tiveram seu estado psíquico avaliado (28) e 92% avaliadas quanto à intercorrências (32).

Em relação à prevenção de câncer de colo do útero e câncer (CA) de mama em minha unidade tem um programa bem estruturado e com boa adesão, com ações de prevenção e promoção destas doenças: todas as mulheres são orientadas sobre a realização periódica do exame citopatológico, além de ser realizada a coleta de exame tanto pela enfermeira quanto pela ginecologista, assim como é orientada a realização de mamografia anualmente e autoexame de mama uma vez ao mês. As mamografias quando chegam aqui na UBS são avaliadas pela ginecologista e, em caso que apresentem que alterações, são encaminhadas a realizar outros exames. Na UBS tem cartazes informativos sobre prevenção e promoção destas doenças. Mas deveríamos fazer grupos de mulheres uma vez ao mês para conversas informativas sobre a importância de realização dos exames junto com usuárias que já apresentem estas doenças como forma de trocar experiência e promover o cuidado de si.

Também deveríamos fazer avaliações mais frequentes e acompanhamento destas usuárias com estas doenças de modo a prevenir possíveis complicações. Um problema é que estas mamografias não são feitas aqui no município e as usuárias tem que ir a outros lugares, muitas vezes longe e deixam passar o tempo e depois começam as complicações, mesmo que a UBS tem transporte para esses lugares de referência e depois quando estão prontos estes exames são enviados para a UBS.

Seria importante implementar os protocolos na unidade, pois são acompanhadas prioritariamente com a ginecologista. Pelo CAP, temos uma cobertura de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero de 90%, ou seja, 731 mulheres nesta faixa etária citada, destas 52% com exame citopatológico em dia, ou seja, 380 usuárias. Não temos dados sobre o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, exame citopatológico para câncer de colo de

útero alterado e avaliação de risco para câncer de colo de útero, assim como os exames coletados com amostras satisfatórias e exames coletados com células representativas da junção escamocolunar.

Os indicadores de qualidade com 100% são: orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DST's. Quanto ao total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama temos 295 usuárias acompanhadas, que representa 97 por cento, delas 148 com mamografias em dia, o que representa 50%, e 100% com avaliação de risco e prevenção de câncer de mama (305), mas não há dados para mensurar o indicador de mamografia com mais de 3 meses em atraso.

Sobre a ação programática de hipertensão e diabetes mellitus são doenças que estão presentes em muitas pessoas na população e como são doenças crônicas a importância está em evitar as complicações e prevenir a incidência delas. Para cumprir este objetivo, na UBS são feitas ações de prevenção e promoção de saúde, fazemos caminhadas e a educadora física aferir pressão arterial antes do grupo. São feitas atividades de grupos de usuários hipertensos e diabéticos e um membro da equipe conversa sobre ações educativas e fazem exercícios físicos, além de almoços com alimentação saudável. As consultas deles são agendadas duas vezes ao ano onde é feito um exame físico completo e exames de seis em seis meses.

Estes usuários também são avaliados em saúde bucal, e, se precisa de nutricionista, são orientados sobre alimentação saudável, sobre prática de exercícios físicos, realização de exame de Antígeno Prostático Específico (PSA) em todos os homens, sobre prevenção de complicações e controle de suas doenças ensinando sinais de alerta sobre todos os diabéticos. Mas devemos trabalhar mais em ações de prevenção e promoção de saúde. Fazemos visitas domiciliares a estes usuários com estas doenças e explicamos a importância de ir às consultas agendadas, pois muitos deles não vão às consultas ou deixam o tratamento, o que gera complicações. No caso que alguns deles precisem um atendimento especializado são agendados consultas e levados em veículos da UBS para os atendimentos.

As principais deficiências que temos é que não existe protocolo de atendimento nem para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, não temos uma boa adesão da população, devemos falar com as enfermeiras e secretaria de saúde, pois os protocolos são essenciais para trazer uma organização dos atendimentos e avaliamos a capacidade funcional global deles. A qualidade dos

serviços é muito boa e com muito cuidado, assim como dos registros. O total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS são 389, ou seja, um indicador de cobertura de 59% segundo o CAP. Sobre os indicadores de qualidade, temos 198 usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (51%), 82% dos usuários hipertensos com exame periódico em dia (318), com avaliação de saúde bucal temos 221 hipertensos, ou seja, 57%. Já com cobertura de 100%, ou seja, todos os 389 hipertensos acompanhados na UBS têm orientações sobre a prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável, além de realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

No caso de diabetes, pelo CAP temos acompanhamento de 58 (31%) de usuários com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Em relação aos indicadores de qualidade temos 55% de usuários com atraso de consulta agendada (32), 93% dos diabéticos acompanhados com exames periódicos em dia (54), com exame físico nos pés temos 51 diabéticos, ou seja, 88% de indicador de qualidade, incluindo pulsos e sensibilidade. Somente temos 100% de cobertura de qualidade com orientações sobre prática física regular e alimentação saudável, além da realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (58) e 50% por cento dos usuários diabéticos com avaliação de saúde bucal (29).

A saúde dos idosos é de vital importância para a população sendo este um grupo priorizado da comunidade. Mas, ainda assim, existe demanda de atendimentos destes usuários por problemas de saúde agudos. Não temos arquivos específicos para o registro deles, mas deveríamos ter de forma a facilitar os atendimentos, vamos planejar sobre esta questão na reunião de equipe. Não temos Protocolo de atendimento para a saúde da pessoa idosa nem Protocolo para regular o acesso a outros níveis do sistema, mas temos que mudar este aspecto por serem estes usuários um grupo priorizado. Além disso, não temos caderneta de saúde da pessoa idosa.

Fazemos atendimento domiciliar aos idosos, mas não temos profissionais que se dediquem ao planejamento ou avaliação das ações. Temos seis grupos de idosos por mês e participam nas atividades o educador físico, enfermeiro e o médico clínico geral, porém a adesão é limitada. Pelo CAP temos um total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 83%, ou seja, 334

idosos em acompanhamento. Em relação aos indicadores de qualidade temos 70% com acompanhamento em dia, ou seja, 68 idosos com acompanhamento na UBS, 60% com hipertensão arterial (200), o indicador dos idosos acompanhados com diabetes está em 37% (125), temos 82% com avaliação de risco para morbimortalidade (273), 20% de realização de Avaliação Multidimensional Rápida (AMR), para as orientações nutricionais e prática física regular temos 100% (334) e 70% com avaliação de saúde bucal (233).

No caso da saúde bucal segundo o CAP temos que com número de pessoas com atendimento não programado temos um 84% (16) de escolares com o 50% de gestantes. Os procedimentos clínicos são de 200 ao mês, o que resulta em 0.5 por cento de media, o que entra nos parâmetros recomendados pelo Ministério e sua capacidade instalada. Em relação a atendimentos não programados temos a maior porcentagem de idade de 15 a 59 anos com 80 %, com tratamento inicial completado temos 100% em grupos de idosos. Enquanto a razão nos atendimentos programados e não programados temos que existem maiores atendimentos programados.

Entre os melhores recursos na UBS é que temos uma equipe multiprofissional integrado por pediatra, ginecologista, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo do NASF e NAAB. Temos Atendimento com classificação de risco e acolhimento.

Entre os desafios que apresentamos neste momento temos melhoria das cotas de consultas e procedimentos nas referencias do SUS, aumentar as cotas em exame SUS. Além disso, eu como médica generalista poderia acompanhar mais ações programáticas como a atenção ao pré-natal, a saúde da criança e puericultura conforme preconizado pelo MS em situações de baixa complexidade. Ter laboratório no município porque o que nós temos é apenas para fazer a coleta do exame, melhorar adesão da população aos programas de prevenção e promoção de saúde e melhorar o uso racional de medicamentos.

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

Em relação ao texto da segunda semana de ambientação posso comentar que depois destas semanas de estudo tenho uma visão mais ampla dos verdadeiros problemas que afetam mais a população e o modo de avaliar possíveis soluções para melhorar os atendimentos e acompanhamentos na unidade. Também criar uma linha de ação onde sejam objetivas a prevenção e promoção de saúde para assim evitar complicações. A realização da análise situacional, o preenchimento dos questionários e caderno das ações programáticas, proporcionou o conhecimento do processo de trabalho, como as ações programáticas estavam sendo desenvolvidas na UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil estima-se que existam atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos e o número tende a aumentar a cada ano pelas mudanças de alguns indicadores na saúde da população (BRASIL, 2010). O atendimento desta população foi pactuado somente em 2006 como uma prioridade na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2006), uma vez que requer cuidados além do biológico e abrange a constituição familiar e a rede de suporte social. Isto porque a prevenção, promoção e tratamento de saúde são ampliados e nesta idade a tendência é uma maior vulnerabilidade, se não acompanhada territorialmente pela APS e assim evitamos a presença das síndromes geriátricas assim como as quedas e instabilidade, imobilidade, insuficiência cognitiva e demências, incontinência urinaria, depressão, osteoporose, constipação, dor crônica, entre outros. Com ações de promoção, prevenção, reabilitação e evitando complicações podemos melhorar a qualidade de vidas destas pessoas, incentivando a importância da atividade física na prevenção e profilaxias de doenças. Prevenção de alimentação saudável com uma dieta equilibrada que contenha cálcio, vitamina C, e vitamina k. Também promover hábitos de vida saudáveis como evitar o habito de fumar e alcoolismo (BRASIL, 2006, 2010).

Minha UBS tem um total estimado de 2.954 pessoas na área adscrita da segundo o CAP, que é a UBS urbana do município. Na UBS temos salas de recepção, vacinas, acolhimento, três consultórios médicos e um odontológico, farmácia, duas salas de reuniões, banheiros, sala de secretaria, sala de vigilância, sala de psicólogo, sala de nutricionista, sala de vigilância, cozinha, sala de observação e fisioterapia, sala de expurgo e esterilização, sala de administração e gerencia, onde ficam funcionários que fazem as coordenações e os encaminhamentos. A equipe está constituída por: dois médicos generalistas do qual faço parte e outro médico, contamos com NAAB composta por Psicóloga, Enfermeira e Estudante de Psicologia, o qual atua na Atenção Básica e NASF composta por Nutricionista, Psicólogo, Educadora Física e Fisioterapeuta que funciona no ESF I, agentes comunitárias de Saúdes, uma enfermeira e técnicas de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dois dentistas, um Pediatra e uma médica Ginecologista que atende duas vezes por semana, uma farmacêutica e uma técnica de farmácia, duas ambulâncias com vários motoristas. Entre os aspectos mais relacionados à saúde dos idosos temos que esses grupos de NAAB e NASF trabalham principalmente com este grupo vulnerável, onde se fazem grupos de idosos todos os meses e caminhadas todas as semanas.

Temos uma população total da UBS de 2.954 pessoas na área adscrita com um indicador de cobertura de 405 pessoas com mais de 60 anos residentes na área, mas acompanhadas pela UBS temos 334 pessoas idosas com um índice de cobertura de 83% de acordo com o CAP. Aqui se fazem ações de promoção como: grupo de sala de espera e acolhimentos onde se fazem conversas sobre hábitos de alimentação saudável, grupos de idosos onde a nutricionista, psicóloga e educadora física que fazem atividades todos os meses. Também grupos de caminhadas pelas manhas com a educadora física. São reconhecidos os dias e datas importantes que se possam fazer ações de educação como o dia da nutricionista, odontólogas. São feitas conversas sobre a importância da alimentação saudável, como evitar a ocorrência das grandes síndromes geriátricas (incontinência urinaria, quedas, constipação, entre outros), se incentiva a realização de prevenção do câncer de colo e de mama nas mulheres e de próstata nos homens. Campanhas de vacinação para idosos. Nas visitas domiciliares fazemos conversas junto com as agentes de saúde para os idosos.

Minha intervenção é importante, pois vamos fazer ainda mais ações de promoção e prevenção de saúde em um grupo de pessoas que precisam estratégias especiais para seu desenvolvimento na sociedade, também para conhecer a realidade destas pessoas, seus principais problemas tanto físico-mentais como sociais e dar soluções para que possam levar um envelhecimento o mais saudável possível. Pretendo envolver toda a equipe da unidade para poder traçar uma só linha de estratégias que respondam as dificuldades entre elas temos: ainda não temos o Protocolo da Saúde do Idoso implementado na UBS, nem todos os idosos tem caderneta da saúde da pessoa idosa inclusive este aspecto não pode ser mensurado no CAP, os prontuários não possuem a identificação desta população, temos um alto índice de hipertensos nos idosos com 60% da população adscrita, assim como uma grande demanda espontânea na UBS e somente 20% possuem a Realização de Avaliação Multidimensional Rápida. Precisamos melhorar a organização e a gestão desta ação programática, uma vez que as ações de promoção de saúde são realizadas com os grupos de idosos, mas ainda requer incentivar uma maior participação, muitos idosos não tomam as vacinas correspondentes, não usam protetor solar e os homens tem dificuldade em fazer os exames de rotina. Entre os aspectos que viabilizam a realização da intervenção temos: promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação para ter melhoria da capacidade funcional deles, contamos com uma equipe de saúde multiprofissional disposta a ajudar no processo de intervenção para traçar as estratégias que precisam melhorar a atenção da pessoa idosa.

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF/UBS Mato Leão, Mato Leitão, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

2.2 Objetivos específicos

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

Meta 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

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

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

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

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses na área da equipe de ESF de Mato Leitão. Participarão da intervenção todos os idosos, que engloba as pessoas acima dos 60 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimento e Saúde do Idoso (BRASIL, 2006) e Protocolo de Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento (BRASIL, 2010). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo C).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação 1.1: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e os registros dos usuários para observar o número de usuários idosos cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação 1. 1. Acolher os idosos.

Ação 1. 2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Ação 1.3. Atualizar as informações do SIAB.

A equipe de saúde ao identificar um usuário idoso pertencente à área de cobertura irá acionar a equipe de enfermagem para realizar o cadastramento e o preenchimento da ficha espelho, além da busca ativa.

Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção de novo usuário idosos, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais. A enfermagem será informada do usuário recentemente identificado e fará o cadastramento do usuário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação 1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Ação 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade da médica e enfermeira da equipe. Além disso, será realizadas as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população e atividades da UBS para a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação 1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Ação 1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Ação 1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, a busca ativa de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para a PNH, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais.

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 ou com diagnóstico de hipertensão arterial 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

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

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

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

4.1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

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

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

5.1. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

6.1. Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

7.1. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Para o monitoramento destas ações, a equipe deverá estar capacitada para estas ações preconizadas pelo protocolo, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais. Para monitorar a AMR semestralmente em todos idosos acompanhados pela UBS será utilizada a AMR que está no Protocolo da Saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010) anexado no Apêndice A, além disso, para a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente), o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente), a enfermeira da equipe irá monitorar os registros específicos mensalmente e criar um sistema de alerta para caso esteja fora do especificado na ficha espelho.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia a médica na reunião de capacitação da equipe irá atribuir ao farmacêutico esta responsabilidade de forma mensal.

Para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, a enfermeira durante o monitoramento mensal irá monitorar o registro adequado da ficha espelho e na reunião de capacitação com a médica na primeira semana a equipe de saúde bucal irá se responsabilizar em monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período articulando mensalmente com a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

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

2.4. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares

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

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

4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

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

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

5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

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

6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

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

6.3. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

6.4. Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

6.5. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

7.1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

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

7.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

7.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Para garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, a solicitação dos exames complementares, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, será realizada uma conversa da médica com o gestor na primeira semana de intervenção.

Será realizada na primeira semana com a equipe sob responsabilidade da médica e nas reuniões de equipe semanais uma capacitação do Protocolo que será utilizado para esta intervenção da ação programática: para Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabético, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado à equipe de enfermagem e as ACS serão capacitadas nesta reunião também para garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, além da médica organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Para as ações de organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde, ao ser identificado um usuário idoso do território, será encaminhado para acolhimento com a equipe da enfermagem de forma a cadastrar os idosos na unidade de saúde pela ficha espelho e, caso necessidade de atendimento prioritário ao idoso, será articulado com a agenda da médica com prioridade, onde será disponibilização de atendimentos. Na reunião para capacitação com a equipe, a médica pactuará na agenda de saúde bucal o atendimento dos idosos.

A médica nesta reunião organizará a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

O sistema de alerta que será estabelecido pela equipe nesta primeira reunião de capacitação e terá a responsabilidade da enfermeira que indicará a não

realização dos exames complementares preconizados assim como o acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

A médica articulada com o farmacêutico irá manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde mensalmente. Além disso, o farmacêutico ficará responsável por realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

2.1. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

6.3. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

7.1. 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.

7.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS cujo responsável é a equipe de enfermagem na primeira semana. Serão realizadas reuniões com a comunidade mensais pela médica e enfermeira e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3. Capacitar os ACS para captação de idosos.

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

Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
Ação 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Para este monitoramento, a enfermeira mensalmente irá realizar o monitoramento do registro específico, indicando com o sistema de alerta sobre a periodicidade das consultas previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Esta organização será realizada pela médica e pela enfermeira nas reuniões semanais com a equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Essas orientações, a escuta e esclarecimentos serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação 2.1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Ação 2.2 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Para o monitoramento da qualidade dos registros, a enfermeira realizará mensalmente sobre as fichas espelho e os prontuários clínicos. O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da pessoa idosa será realizado no acolhimento com a enfermeira e nos atendimentos clínicos pela médica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

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

1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

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

Para manter as informações do SIAB atualizadas, as ACS deverão colocar os dados no SIAB mensalmente e a enfermeira irá monitorar mensalmente. Para Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros será realizada a reunião de capacitação do protocolo a ser utilizado pela UBS pela médica na primeira semana de intervenção.

Para organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados será construído na reunião citada anteriormente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

1.1. 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.

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

Para a primeira ação será realizada conversa com a comunidade mensalmente tendo como responsabilidade a médica, assim como a orientação aos idosos e à comunidade sobre a caderneta da pessoa idosa. Também serão orientados nos atendimentos clínicos e nas atividades com a população da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

A capacitação e o preenchimento destas ações será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

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

Serão realizadas estas ações nos atendimentos clínicos, no acolhimento com a enfermagem e nas atividades com a população da UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

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

3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Os monitoramentos destas ações pela enfermeira serão realizados pelas fichas espelho e pelos prontuários clínicos devidamente registrados, de forma mensal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.1 Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

2.1 Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

Ao acolhimento e na busca ativa serão identificadas estas situações e o agendamento do atendimento clínico e a visita domiciliar será priorizado nas reuniões de equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

3.2 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.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

A capacitação destas ações será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

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

2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

4.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população. O monitoramento das atividades educativas individuais serão realizadas pelo preenchimento adequado da ficha espelho e o seu monitoramento pela enfermeira mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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

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

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de prática física sob responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião da médica com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nestas atividades. A organização do tempo médio de consultas será realizada pela médica junto ao gestor neste encontro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1. 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".

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

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

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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.

Indicadores: 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: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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 do Programa do idoso vamos adotar o Caderno da Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) e adotaremos a Avaliação Multidimensional Rápida do Protocolo referenciado (Apêndice A). Utilizaremos as fichas familiares junto com as fichas espelho disponibilizada pelo curso da UFPel para a saúde das pessoas idosas, aqui posso trabalhar com indicadores como visão, audição, nutrição, incontinência, depressão, memória. As fichas espelhos serão disponibilizadas pela unidade básica e as enfermeiras vão ser as responsáveis de ter elas, no total de 405 fichas, não tinham exemplares aqui na unidade de caderno de atenção básica, adquirimos 2 exemplares. Estes aspectos não estão presentes nas fichas dos idosos. Estimamos alcançar o total de 71 idosos para atingir a meta estipulada de cobertura de 100% de acompanhamento.

Para organizar o registro específico do programa, falaremos com a enfermeira e técnicos de enfermagem para olhar nos prontuários onde têm idosos e avaliar quando foram a última vez da consulta agendada, exames, encaminhamentos, e vacinas em atraso.

São responsáveis pelas ações de acolhimento, acompanhamento e cadastro dos idosos as enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes de saúde. As consultas agendadas serão monitoradas semanalmente pela enfermeira por meio da revisão das fichas espelho. Nas visitas domiciliares será incentivada a ida desses usuários às consultas; conversas com a comunidade sobre a importância das consultas agendadas. Serão realizados grupos de idosos, priorizado horários nas agendas e as agentes de saúde farão a busca ativa e cadastro de todos os idosos todos os dias da semana, estas ações vão ser feitas todos os meses.

Para programar cursos para a capacitação das agentes comunitárias, que tem como responsável a enfermeira, iremos adotar o Protocolo da Saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010) e faremos grupos com o Caderno de Atenção Básica providenciada pela enfermeira uma vez ao mês com todas as ACS na UBS em horário da tarde, além de papéis sulfite e canetas. Serão abordados temas como cuidado dos idosos, alimentação saudável, síndromes dos idosos, atividade física utilizando o protocolo do Ministério de Saúde sobre Idoso.

Para a capacitação dos integrantes da equipe para começar a implementar o protocolo. A enfermeira irá se utilizar o protocolo adotado, além de papéis sulfite e canetas. Esta ação será feita ao final da reunião de equipe duas vezes ao mês, onde cada representante da equipe falará sobre um tema do manual, uma hora cada vez. Os materiais necessários serão o mesmo protocolo.

Para avaliar a realização do exame físico segundo a doença e complicação apresentada a médica e a enfermeira farão mediante a AMR dos idosos em todos os usuários que venham à consulta agendada e, os que tenham atendimento de urgência, agendar uma consulta para realizar. Para o AMR, a enfermeira irá disponibilizar esta avaliação do Protocolo de atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010) e fazer a impressão para todos os idosos da meta de cobertura estimada, ou seja, 405 fichas.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram feitas com muita qualidade e dedicação e cumpridas integralmente: Monitoramento, acompanhamento e cadastro dos idosos, Capacitação da equipe sobre o Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa e atribuição na intervenção, Capacitação com os agentes comunitários sobre busca ativa de idosos, Atualização do cadastro de todos os idosos, Grupos na comunidade, Monitoramento e avaliação dos idosos, Visitas domiciliares, Agendamento de consultas para idosos com maior risco de morbimortalidade, monitoramento da disponibilidade de medicações na Farmácia Popular, Monitoramento do cadastramento de pessoas idosas acamadas e o Monitoramento e avaliação da ação programática.



Figura 4: Capacitação com a equipe na UBS, Mato Leitão/RS, 2015.



Figura 5: Grupo de idosos na UBS, Mato Leitão/RS, 2015.

Na semana 1 e 2 fizemos 32 e 25 atendimentos, já na semana 3 e 4 um total de 18 e 28, seguidamente nas semanas 5,6,7 temos 32, 30 e 36 atendimentos. Na semana 9, 10, 11 e 12 fizemos 35,15,32,18 atendimentos no total. Portanto, ao longo dos três meses de intervenção foram atendidos 334 idosos. Deles 103 foram do primeiro mês, no segundo e terceiro mês foi de 244 e 334 idosos acho que temos uma boa participação, pois eles estão avaliando o esforço e a qualidade das consultas, com presença de 22 acamados que estão sendo atendidos e acompanhados, com um total de cobertura de 100 % da população idosa na área adscrita e os índices de qualidade estão em 100% de acordo com a planilha de coleta de dados. Foram utilizados os diários para registrar os dados qualitativos, e a planilha de coleta de dados para os dados quantitativos.

Entre as maiores dificuldades que encontramos em toda a intervenção foi os idosos faltosos nas consultas que apresentamos em todas as semanas de intervenção, mas todos receberam busca ativa com ajuda das agentes de saúde, técnicas de enfermagem e enfermeiras por meio de visitas domiciliares e telefone. Também a pouca participação dos idosos aos grupos e caminhadas, mas isso ainda vai melhorar muito mais porque estamos incentivando cada dia mais a importância

das participações. Também apresentamos duas semanas que não foram realizadas as visitas domiciliares por muita demanda espontânea na unidade, uma vez que fiquei como a única médica na UBS e isso dificultou as visitas, mas as agentes comunitárias continuaram as visitas e o cadastramento de todos os idosos.



Figura 6: Grupo de caminhada da UBS, Mato Leitão/RS, 2015.



Figura 7: Grupo de Caminhada da UBS, Mato Leitão/RS.

Entre as facilidades para que estas ações acontecessem, temos primeiramente muito empenho e preocupação da equipe, a capacitação e atribuição

profissional que facilitou a intervenção, boa compreensão da comunidade e boa comunicação por parte da equipe com a comunidade, ajuda dos gestores com o projeto, ajuda de outras pessoas, como minha orientadora, que sempre esteve presente.

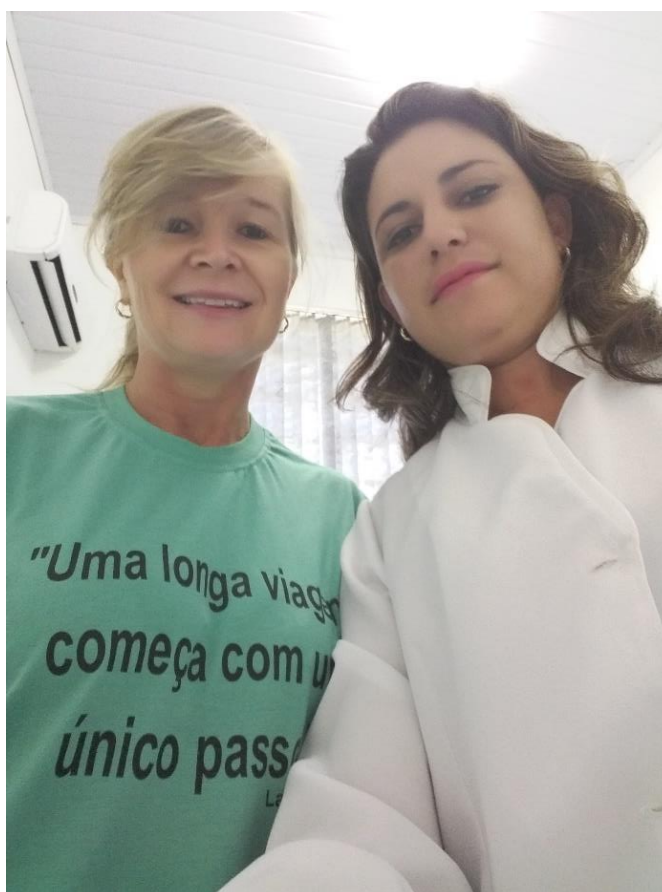


Figura 8: Equipe da UBS - psicóloga e médica, Mato Leitão/RS, 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas com algumas dificuldades, mas que pelo caminho foram resolvidas. Porém ressalta-se que apenas na equipe em que atuo foi realizada a intervenção pois só eu trabalho aqui nesta unidade junto com um médico brasileiro e temos só uma equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao princípio apresentei bastante dificuldade com o fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores, porque muitas vezes não entendia o que queriam dizer com o que tinha a fazer, mas com a ajuda de minha orientadora fui superando devagar as dificuldades. A coleta de dados foi bem, pois aqui em minha unidade nos ajudamos muito com esta intervenção e recebi muita atenção de todos, além de termos muita comunicação e, por isso, tudo fluiu tão bem e todos esperávamos o mesmo objetivo que era melhorar a saúde da população idosa e ainda estamos fazendo esse trabalho. Ressalta-se aqui que nós utilizamos dos dados que tínhamos de idosos adscritos e cadastrados em nossa área, mesmo que no CAP a estimativa era de 405 idosos e na planilha de coleta de dados a estimativa é de 295 idosos residentes na área.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Entre os ganhos mais significativos destas semanas temos que a equipe de saúde ficou bem atenta as minhas orientações e estiveram de acordo com o projeto, a equipe entendeu a importância desta intervenção, por isso ficou mais unida e comprometida com o trabalho.

Aumentaram os atendimentos e qualidade deles depois de começado o projeto. Assim os usuários ficaram muito felizes pelos atendimentos e os sistemas de acolhimento e os grupos de idosos têm aumentado em número, com a participação também dos especialistas.

Percebe-se que tem diminuído os faltosos às consultas, ainda que tenhamos que trabalhar neste aspecto. Os idosos estão com tratamento principalmente da farmácia popular e com exames complementares em dia. Existe mais conhecimento da população sobre vida saudável. Estão sendo monitorados os atendimentos e a qualidade destes, além de serem avaliados nas visitas domiciliares.

Com a rotina do serviço está muito melhor que antes de começar a intervenção, o acolhimento está mais qualificado, com medições de estatura, peso, IMC, sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura) e estamos dando e acompanhando os usuários pelas cadernetas de saúde dos idosos tanto nos acolhimentos como nas consultas. As consultas estão sendo agendadas sempre priorizando o risco de morbimortalidade, os encaminhamentos a outras especialistas

estão fluindo, temos muita cobertura de medicamentos da farmácia popular, os gestores municipais estão me apoiando muito, as capacitações estão sendo cumpridas, em geral temos uma boa comunicação na equipe e por isso está sendo fluida a intervenção.

Considero importante continuarmos com a reorganização das ações programáticas na UBS, tanto mantendo a rotina para a pessoa da saúde idosa quanto, mediante a análise situacional, implementar futuramente a ação prioritária de atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, uma vez que a cobertura de diabetes é baixa (31%) e apenas 37% dos idosos com esta doença são acompanhados segundo o CAP.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada em uma UBS de Mato Leitão em 12 semanas, nos meses de março a maio 2015, pois teve o período de minhas férias que a intervenção ficou suspensa até o meu retorno, uma vez que não se assumiu a continuidade das ações, mas principalmente dos atendimentos clínicos por outros médicos. A seguir apresentamos os resultados de acordo com os objetivos e metas do projeto de intervenção.

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

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

Com relação à meta que era ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde, a intervenção alcançou 100% de cobertura. Apresentávamos um total de 334 idosos na minha UBS. No primeiro, segundo e terceiros meses apresentaram um total de 103 (30,8%), 244 (73,1%) e 334 (100%) atendimentos respectivamente, totalizando 100% de cobertura (figura 9). A área adscrita de minha equipe tem um total de 334 idosos e a ação que mais influenciou foi o cadastro de todos os usuários maiores de 60 anos, que foi acompanhado pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares juntos com os médicos, aumentando com o passar dos meses até chegar ao total.

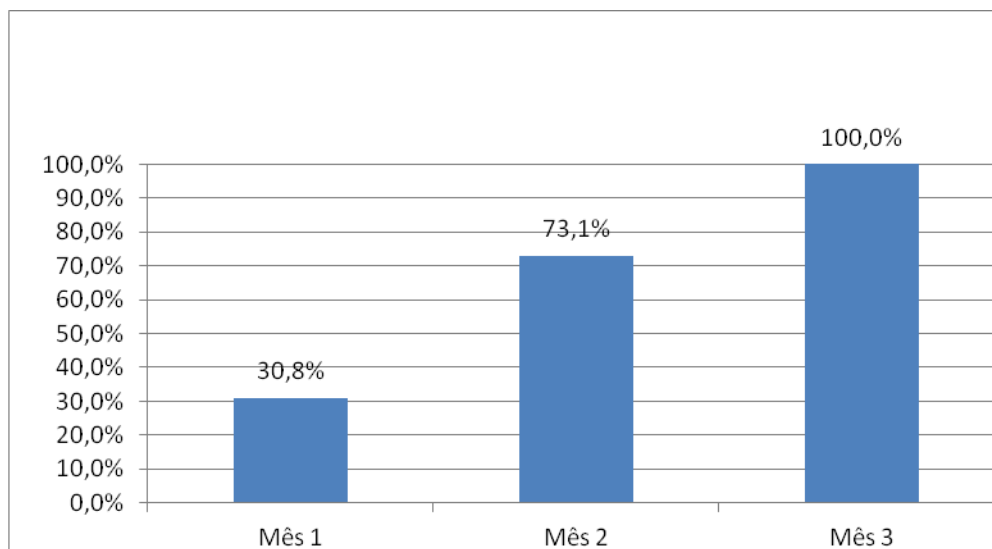


Figura 9: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Mato Leitão, Mato Leitão/RS, 2015. Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

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

Em todas as consultas foram realizadas a Avaliação Multidimensional Rápida onde foram avaliados aspectos como audição, visão, atividades diárias, peso e outros aspectos desta avaliação (apêndice A), com isso foi atingido 100% de abrangência, no mês 1, 2 e 3 temos um total de 103, 244 e 333 usuários avaliados.

A avaliação multidimensional rápida (AMR) foi feita adequadamente porque os recursos necessários para fazer como balança, antropometria, já tínhamos na unidade, capacitamos as enfermeiras e técnicas para fazer as medições de forma regular a todos os idosos. E, quando chegavam à consulta eu fazia a AMR com todos estes elementos. Ao princípio tivemos que explicar a importância desta Avaliação, mas depois tudo foi mais fácil e coordenado.

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.

Para a realização deste indicador nos capacitamos às enfermeiras e técnicas de enfermagem que são as que fazem os acolhimentos, para os idosos que não precisavam passar por consulta com o médico elas fizeram esse exame e

registraram nas fichas individuais, mas aqueles que consultavam comigo eu fazia em todas as consultas dependendo da doença e programada a próxima consulta. Do total de idosos, todos apresentaram exame clínico apropriado em dia independente da doença apresentada e com muita qualidade de forma que alcançou 100% em todos os meses de intervenção, com um total do mês 1 de 103, no mês 2 de 244 e no mês 3 de 334 usuários.

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

A realização de exames complementares como hemograma, glicose, funcionamento renal e hepático, urina, entre outros, em dia é um indicador muito importante para o controle de compensação de doenças crônicas como a diabetes mellitus ou hipertensão, para isso em cada consulta se avaliava a necessidade de exames. As pessoas com diabetes faziam exames de 6 em 6 meses incluindo glicose e hemoglobina glicosilada, e assim com todos os exames controle. Com relação aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, alcançamos 100%, em todos os meses da intervenção, sendo 63,1 52 e 212, respectivamente. Este resultado melhorou o controle e acompanhamento desde usuários.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Neste indicador todos os idosos com doenças crônicas estão utilizando medicamentos da farmácia popular. Antes de começar a intervenção foi avaliada a quantidade dos medicamentos que tínhamos na farmácia e para começar a indicar estas medicações.

Quanto à proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular temos que no primeiro mês apresentamos um total de 63 idosos que representa 61,2%, no segundo e terceiro mês temos um total de 152 idosos para 62,3% e uns 212 usuários para 63,5% que coincidem com os idosos com doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, pois, os outros medicamentos têm na unidade (figura 10).

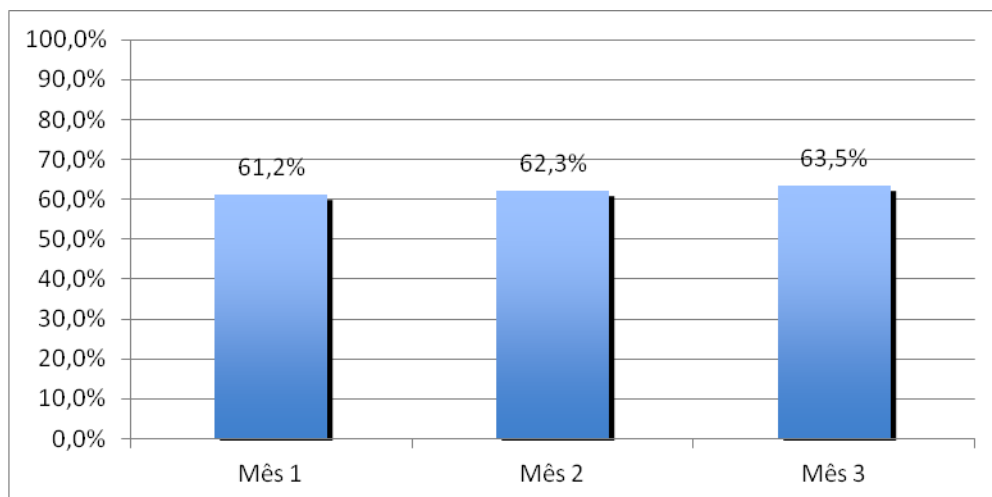


Figura 10: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Mato Leão/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados alcançando 100 % com um total de 10, 22 e 22 idosos nos três meses respectivamente. Aqui junto com as ACS foram cadastrados todos os idosos acamados por meio de visitas domiciliares e capacitações onde o objetivo foi orientar sobre o cadastro, identificação e acompanhamento.

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

Este indicador dependia da doença que apresentavam os idosos: havia idosos que tinham condições socioeconômicas e eram mais vulneráveis, ou tinha alguma doença que precisavam mais de visitas e assim foi feito, nesse caso nós levávamos às receitas e demais documentos médicos e fazíamos algumas consultas nas casas assim como a renovação de receita.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visitas domiciliares alcançando 100% nos três meses de intervenção (10, 22, 22).

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

Em todos os idosos que chegavam à unidade tanto para consulta como grupos ou caminhadas era feita a medição da pressão arterial por meio das enfermeiras e técnicas de enfermagem. A verificação da pressão arterial na última consulta é um indicador essencial, pois mede a qualidade da consulta e apresentamos no mês 1-103, no mês 2-244 e no mês 3-334 com um 100% de idosos nos três meses.

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).

Neste indicador nós incluímos nos exames complementares a glicemia e hemoglobina glicosilada para todos os idosos e realização de hemoglicoteste.

Os 100% de idosos hipertensos foram rastreados para diabetes mellitus com um total de no mês 1-49, no mês 2-133 para 193 usuários mediante exames como glicose e hemoglobina glicosilada junto com o exame físico adequado.

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

Nos três meses da intervenção, todos os idosos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, representando 100% para 334 usuários, pela importância de prevenir doenças odontológicas. Foram feitas capacitações na equipe junto com as enfermeiras e técnicas de enfermagem para avaliar a necessidade de atendimento odontológico priorizando aqueles usuários que apresentavam a doenças nos dentes ou gengivas e agendando consultas para eles.

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

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática alcançou 100% com um total de 103 no primeiro mês, 244 e 334 nos meses seguintes. Este resultado foi obtido com a ajuda do dentista, além com as divulgações da equipe sobre a importância da saúde bucal, e ajuda de demais integrantes da equipe.

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

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

Em relação à terceira meta, que era melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, no primeiro mês não apresentamos idosos faltosos nas consultas, mas no segundo e terceiro meses faltaram 5 e 10 usuários, respectivamente, os quais receberam busca ativa junto com as enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes de saúde (figura 11). Por meio de telefonemas e visitas domiciliares, foram contatados. Essa estratégia foi discutida nas reuniões de equipe, capacitações e monitoramento da avaliação.

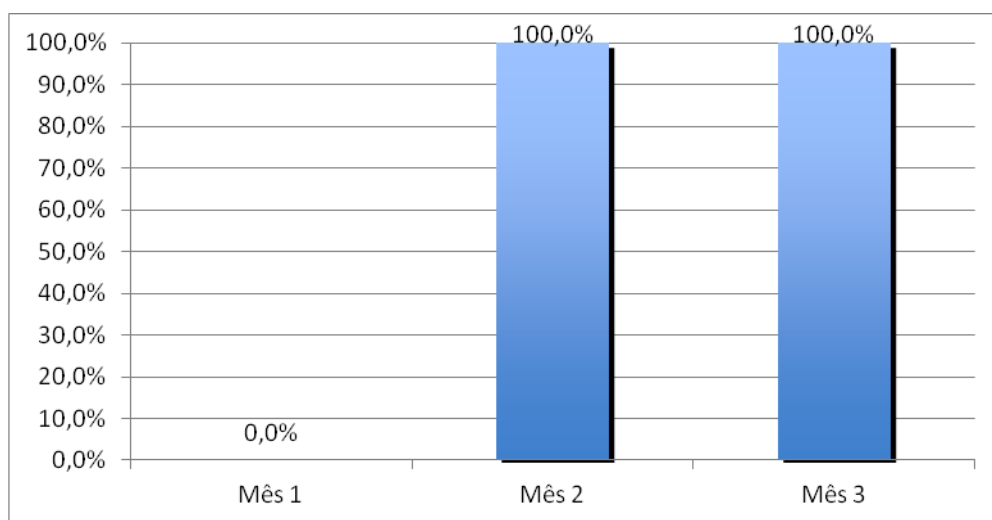


Figura 11: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Mato Leão/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

A quarta meta a seguir era melhorar o registro das informações para isso temos um total de 334 idosos com ficha espelho em dia. No primeiro e segundo meses foram registrados adequadamente 103 e 244 idosos, respectivamente. Isso nos ajudou a acompanhar os indicadores da intervenção.

Fizemos capacitações com a equipe e as técnicas faziam todos os finais da semana as impressões das fichas espelhos para começar a semana de intervenção, e eu orientava os requisitos que precisavam que já estavam nos prontuários eletrônicos e depois guardava todas.

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

Foi entregue a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 334 idosos da intervenção alcançando 100%. Esta foi providenciada pela Secretaria de Saúde e entregue a todos os idosos nas consultas.

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

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

Apresentamos 100% dos idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia nos três meses da intervenção com 103, 244 e 334 usuários. Para realizar as visitas domiciliares com as ACS, eram discutidos em equipe os idosos com maior risco de morbimortalidade e os estabelecemos a prioridade de consultas e visitas domiciliares.

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

A fragilização na velhice é um tema importante, pois ajuda a evitar complicações que podem ser tratadas preventivamente. Temos 334 usuários sendo 100% com avaliação para fragilização na velhice, em dia. A avaliação foi realizada através dos atendimentos clínicos, começando pelos acolhimentos e consultas, avaliando aspectos como redução do peso, quedas, hospitalizações, fadiga entre outros.

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

Em relação à avaliação da rede social em dia, temos um total de 334 idosos que representa um 100% da intervenção com esta avaliação, que foi realizada através dos atendimentos clínicos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Promover a saúde dos idosos é muito importante para evitar doenças como a obesidade que levam a complicações mais severas por isso 100% com um total de 334 de nossos usuários receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis nos atendimentos clínicos e nos grupos realizados nas semanas 1,8 e 12.

Para que toda a equipe pudesse orientar, foi realizadas capacitações e discussões nas reuniões de equipe nas semanas 1, 3, 5, 7,9 e 11.

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

As atividades físicas regulares devem ser hábitos de vida saudável em todas as pessoas e principalmente aqueles usuários mais susceptíveis como são os idosos. Na unidade têm muitos grupos de caminhadas e grupo de idosos por isso todos 334 idosos e receberam orientações sobre este tema, além dos atendimentos clínicos, além das capacitações para que toda a equipe pudesse fazer estas orientações.

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

Todos os idosos receberam orientações sobre cuidados de saúde bucal os 334 usuários da intervenção. Estas orientações foram feitas nos grupos, caminhadas, salas de espera, acolhimento e consultas por meio dos profissionais que trabalha aqui na unidade (enfermeiras, técnicas, NASF, outros).

4.2 Discussão

Houve uma diferença entre o número total estimado pelo CAP de 405 usuários idosos na área adscrita para o número estimado da planilha de coleta de dados que era de 295, por outra lado, encontramos na equipe da UBS 334 idosos.

A avaliação na minha unidade melhorou a ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, qualidade da atenção com a realização da AMR em dia, exame clínico apropriado em dia, relação aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, de medicamentos da farmácia popular, idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados temos um 100%, idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visitas domiciliares com um 100%, verificação da pressão arterial na última consulta, idosos hipertensos foram rastreados para

diabetes mellitus, avaliação na necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta odontológica programática.

Também melhorou a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, melhorou o registro das informações com a entrega da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Ajudou a mapear os idosos de risco da área de abrangência com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação da fragilização na velhice, avaliação da rede social em dia, orientações nutricionais para hábitos saudáveis, orientações sobre atividade física regular e saúde bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as Recomendações do Ministério de saúde sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa com o objetivo de dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na APS, por meio das ações de promoção, prevenção, reabilitação, é possível evitar complicações e melhorar a qualidade de vida. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe principalmente as enfermeiras, técnicas de enfermagem, médico e agentes de saúde. Isto resultou em impacto também em outras atividades no serviço como o sistema de acolhimento uma vez que o acolhimento de demanda espontânea para esta ação programática era considerável, as atividades com a educadora física, NASF, odontologia todos com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos e acompanhamentos dos idosos.

Antes da intervenção geralmente os idosos eram mais centrados a só curar doenças e estavam na unidade só quando precisavam, as atividades eram concentradas nos médicos. A intervenção reviu as atribuições viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização para a atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido crucial para apoiar a priorização dos atendimentos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, os idosos estão muito satisfeitos pela priorização no atendimento, mas algumas pessoas ainda não entendem a importância da classificação de risco e por isso também o sistema de acolhimento Isso gera insatisfação na sala de espera por outros membros da comunidade que desconhecem o motivo da priorização. Apesar da ampliação da cobertura temos que continuar o trabalho para melhorar a qualidade dos atendimentos. Também intensificar as conversas com a comunidade

através de reuniões com o conselho gestor, lideranças e grupos na sala de espera em que a equipe intervém sobre estas questões e explica aos usuários.

Primeiro deve ser dialogado com a comunidade para explicar os critérios de priorização dos idosos nas consultas, e a equipe também ir familiarizando ainda mais com os programas e fichas familiares para facilitar depois fazer a releitura e interpretação dos dados.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação da necessidade de priorização dos idosos, também continuar com as reuniões com a equipe de saúde e demais integrantes da comunidade para explicar a importância desta intervenção, continuará com os grupos de idosos e caminhadas monitoradas ampliando a cobertura, também com as atividades de sala de espera e dias do desafio, juntos com as agentes comunitárias planejar mais visitas domiciliares para avaliar a rede social destes usuários. Continuaremos com o sistema de acolhimento com medições de estatura, peso e IMC, assim como todas as ações propostas na intervenção. Vamos adequar as fichas destes usuários para evitar dificuldades na coleta de dados e que a intervenção fluía melhor.

A partir dos próximos meses devemos aumentar os atendimentos e visitas domiciliares, criar estruturas e planejamento de ações para aumentar indicadores de qualidade e satisfação na população. Conversas com as ACS para aumentar a áreas de coberturas e continuar nossa intervenção. Também podemos nos utilizar deste projeto como exemplo para outros programas como pré-natal ou Hipertensos ou Diabéticos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na ESF de Mato Leitão/RS realizamos uma intervenção de 3 meses, no período de março a maio de 2015, cujo objetivo principal foi melhorar a Atenção à Saúde do Idoso. Após 12 semanas de intenso trabalho com a equipe, com o apoio da comunidade e da gestão do município, incorporamos as ações nos quatro eixos de atenção (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação) na rotina do serviço, de acordo com o preconizado pelo Protocolo da pessoa idosa (BRASIL, 2010). A intervenção foi realizada como atividade do curso de especialização em saúde da família da UNASUS/UFPEL. A meta estimada do indicador de cobertura, assim como as metas dos indicadores de qualidade foi de 100% para ambas. Participaram da intervenção todos os idosos, que envolve as pessoas acima dos 60 anos da área da UBS de Mato Leitão/RS.

A intervenção na equipe em que atuo na UBS proporcionou a melhora na cobertura da atenção aos idosos, pois, ao principio tínhamos a cobertura de 83% e agora alcançamos 100%. A intervenção foi realizada apenas na minha Unidade, apesar de ter duas UBS no município, uma vez que o curso preconiza a intervenção na UBS onde se atua. Sobre a escolha de intervenção do foco da ação programática da saúde da pessoa idosa, consideramos que, apesar de ser um indicador de cobertura relativamente elevado na UBS, a equipe escolheu este foco pela importância que tem a saúde e acompanhamento destes usuários e pelas possibilidades de organização e maior qualificação nos quatro eixos de ações sistematizados pelo curso do UNASUS da UFPEL.

Por meio da intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos idosos. No início definimos as atribuições dos profissionais, fizemos capacitações com a equipe e discussões em reuniões de equipe. Também melhoramos o sistema de acolhimentos destes usuários com toma de algumas medidas que ajudaram a melhorar os atendimentos e acompanhamento. Foram realizadas outras ações como Monitoramento, acompanhamento e cadastro dos idosos e com isso, ao final das 12

semanas, alcançamos 100% na qualidade da atenção com a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em dia, exame clínico apropriado em dia, relação aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados 100%, idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visitas domiciliares com 100%, verificação da pressão arterial na última consulta, idosos hipertensos foram rastreados para diabetes mellitus, avaliação na necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta odontológica programática.

Também com a intervenção melhorou a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, assim como implementou como rotina o registro das informações com a entrega da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Ajudou a mapear os idosos de risco da área de abrangência com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação da fragilização na velhice, avaliação da rede social em dia, orientações nutricionais para hábitos saudáveis, orientações sobre atividade física regular e saúde bucal.

O indicador de qualidade que teve menor porcentagem foi a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, com 63,5%, uma vez que muitos usuários idosos têm comorbidades associadas e o cuidado requer mais especificidade.

A intervenção exigiu que a equipe trabalhasse de maneira integrada para alcançar os resultados esperados. Foi necessário reorganizar as reuniões da equipe para que uma hora fosse dedicada apenas às capacitações desta ação programática da saúde da pessoa idosa.

Nesse sentido, contamos com o apoio da gestão, uma vez que foi possível organizar um cronograma de atividades de qualificação da prática clínica para aprimorar as ações da equipe e melhorar o atendimento. Outras ações que a gestão realizou e favoreceu o alcance das metas foi fornecendo a Caderneta da Saúde da Pessoa idosa.

A equipe acredita que pode fazer mais ações de divulgação por meio de conversas com a comunidade para promover ações de promoção e prevenção de saúde, assim como da priorização dos idosos para que a comunidade entenda a importância desta intervenção. O que indicamos como apoio da gestão é a possibilidade de materiais de divulgação oficiais do MS, municipais ou mesmo formulados pela equipe.

Pretendemos continuar com nossa intervenção e melhorar outras ações programáticas como a atenção ao pré-natal e puerpério, sempre contando com a ajuda da gestão. Obrigada.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

A intervenção foi feita na Unidade Básica de Saúde de Mato Leitão, no período de 3 meses, de março a maio de 2015, com todos os usuários maiores de 60 anos da UBS: foi organizado um conjunto de ações para melhorar a qualidade dos atendimentos dos idosos da área de abrangência. No momento inicial, a cobertura de atendimento de idosos era de 83%, ou seja, de 334 usuários idosos. Estas pessoas idosas não tinham priorização nas consultas, não sabiam a importância do acompanhamento na UBS e sobre informações para melhoria de qualidade de vida e controle de doenças nesta idade, assim como a importância de fazer alguns exames para melhorar a saúde.

Vimos que com esta intervenção muitas situações na UBS mudaram e hoje temos atenção especial à pessoa idosa com um conceito do SUS de equidade, que é “dar mais a quem precisa de mais”. O acolhimento foi melhorado, assim como os atendimentos aos idosos que não estavam fazendo o acompanhamento regular, assim como idosos que estão acamados (não saem de casa) e precisam de visitas domiciliares da equipe (agentes comunitárias de saúde, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e a médica) ou que tiveram alguma situação de doença e que precisam de atendimento de acordo com o risco de saúde agravado. Consideramos também que a realização da busca ativa dos idosos dos que faltam às consultas pelas agentes comunitárias de saúde melhorou na UBS.

Foram melhoradas diversas ações de acordo com o que é previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que prevê as ações na saúde da pessoa idosa e, por isso, reorganizamos uma série de processos para atender melhor a pessoa idosa. Fizemos atividades educativas, acolhimento, entre outras ações, que foram divididas e organizadas entre a equipe. Os ACS fizeram também busca ativa daqueles usuários que não tinham iniciado acompanhamento na UBS.

Garantimos nossa orientação sobre alimentação, sobre exercícios físicos e sobre a importância de cuidar da boca tanto nos atendimentos quanto nos grupos que realizamos. A equipe organizou encontros com vocês que ajudaram a melhorar a informação tanto nos atendimentos como conversas, também na recepção, assim como os grupos de caminhadas e idosos que são realizados todas as semanas juntos com psicólogas, educador físico e demais profissionais.

Vocês podem nos ajudar a melhorar as ações para o serviço. Uma ideia que a equipe pensa em realizar com vocês é se reunir mensalmente para discutir ações encontros para promover o envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Além disso, pensamos em fazer grupos para famílias onde tenham idosos sobre temas de orientação nutricional, atividade física e saúde bucal, assim como prevenção de acidentes tão frequente nos idosos e, junto com os gestores, buscar soluções e melhorar os serviços de saúde tendo em conta a realidade e as necessidades dos idosos. Contamos com a participação e colaboração de vocês.

Atenciosamente,

Dra. Yanin Blanco Zapata.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas como Especialista em Medicina Familiar foi ajudar a população brasileira e um grupo tão vulnerável como são os idosos, em ações de promoção, prevenção, recuperação de doenças e reabilitação em minha unidade de saúde. Para isso o curso desde o início contribuiu muito, pois houve aprendizagem e qualificação dos meus conhecimentos com estratégias de ESF.

Pretendíamos envolver toda a equipe da unidade para poder traçar estratégias que respondam as necessidades entre elas: elaboração de um protocolo de atendimentos, encaminhamento a outros dispositivos da rede de atenção, caderneta da saúde da pessoa idosa.

Por meio do projeto pedagógico e guia do especializando apresentamos e avaliamos unidades de Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção e Avaliação conhecendo meu território de atuação, também com o cumprimento das tarefas do curso interagimos com outros colegas por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) em fóruns coletivos, pontos de encontro e prática clínica e com as recomendações da orientadora, aumentando nossos conhecimentos para um melhor atendimento e organização da ação programática. O curso foi orientando sobre a real função da equipe na estratégia de saúde da família juntamente com a qualificação da prática clínica.

À medida que o curso foi avançando o desenvolvimento no trabalho foi cada dia mais estratégico, seguindo os princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) com maior preocupação e acompanhamento nos usuários.

Foi de grande importância estudar com profundidade os protocolos de atendimento estabelecidos pelo MS para SUS, principalmente para uma atenção aos idosos e, com ajuda dos gestores e da comunidade, terminamos nossa intervenção e pretendemos melhorar cada vez mais, inclusive com as outras ações programáticas.

Referências

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Apêndices

Apêndice A – Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

Quadro 4: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AValiação BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ___ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIARIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

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

Recortar | Copiar | Pincel de Formatação | Calibri | 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Formatação Condicional - como Tabela | Estilo | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número

F9

A B C D E F G H I

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Pronto

OBSERVAÇÕES

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

OBSERVAÇÕES

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

Considere apenas os idosos residentes na área que estão acamados

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitar na célula C15,

***Estimativa de idosos no território**

População total

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de idosos (10% da população total)

Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.

Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)

Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5.

2015-11-06 (Fonte de dados secundária) - (Módulo de Acompanhamento) - Monitoramento Físico da Atenção ao Idoso

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

Recortar | Copiar | Pincel de Formatação | Calibri | 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Formatação Condicional - como Tabela | Estilo | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número

AA

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

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

Eu, Yanin Blanco Zapata, médica do Programa Mais Médicos e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Yanin Blanco Zapata

Contato: Yanin Blanco Zapata

Telefone: (51) 3784-1031

Endereço Eletrônico: zapatayanin@gmail.com

Endereço físico da UBS: R. Leopoldo Aluísio H, 250, Mato Leitão - RS, 95835-000

Endereço de e-mail do orientador: deborazc@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante