



YORYANA VIEL HEREDIA

**MELHORIA NA ATENÇÃO A SAÚDE DOS IDOSOS DOENTES CRÔNICOS DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA USB CERRO GRANDE**

**Cerro Grande
(Rio Grande do Sul)
2017**



YORYANA VIEL HEREDIA

**MELHORIA NA ATENÇÃO A SAÚDE DOS IDOSOS DOENTES CRÔNICOS DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA USB CERRO GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: CYNTHIA RAMOS

**Cerro Grande
(Rio Grande do Sul)
2017**

RESUMO

Este trabalho trata-se de minha conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família e teve como problemática abordada à atenção a saúde dos idosos doentes crônicos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com ênfase na melhoria do atendimento a estes usuários que eram atendidos na maioria das vezes apenas em momentos de agudização. Tendo em vista o cenário em que a população de idosos estava inserida a minha equipe de trabalho se motivou para realizar as ações anteriormente propostas pelo meu projeto de intervenção. Já que este é um grupo populacional que precisa mesmo muita atenção, cuidado e direção, pois, eles estão em uma etapa das suas vidas onde precisão de muita orientação, acompanhamento e atividades que possibilite a eles um envelhecimento saudável e com o mínimo de morbidades possíveis. Ainda este trabalho teve como objetivo aprimorar meus conhecimentos relacionados a cerca da saúde do idoso doente crônico de HAS. Com isso foi possível identificar que algumas práticas são essenciais para o sucesso do controle dos agravos nesta população, tais como: processos educativos, contínuos e de aprendizagem, ações que estimulam o autocuidado e participação da família ao cuidado dos pacientes idosos.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção de doenças, Saúde do idoso, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.	15
4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO	28

1. INTRODUÇÃO

Sou Médica do Programa Mais médicos (PMM) é Yoryana Viel Heredia, tenho 32 anos, sou natural de Guantánamo/Cuba, onde cresci e estude a educação básica e pré-universitária. Em 2004 ingressei na Universidade de Ciências Médicas de Guantánamo onde me formei médica no ano de 2010, O ultimo ano de minha carreira acadêmica foi realizada na república de Venezuela onde participei de um programa de internado profissionalizante por um período de dez meses. Iniciei minha carreira profissional como médica em Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Yateras Guantánamo por quatro anos. Posteriormente atuei em uma policlínica universitária em uma sala dos cuidados de pacientes pediátricos com dengue por um ano, e medicina do trabalho e em pronto atendimento.

Em fevereiro de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Cerro Grande no Estado do Rio Grande do Sul. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cerro Grande. O território adstrito à UBS corresponde a 6 micro áreas que dão 100% de cobertura territorial. A população é vulnerável devido à baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico e cultural de muitas famílias de nossa responsabilidade. Outro fator importantíssimo que afeta a vida da população é a ausência de saneamento básico e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios, sendo principalmente os domicílios do interior do município. Como rede de apoio na sociedade, há oito Igrejas católicas, 10 evangélicas (Assembléia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), quatro escola pública e uma creche.

Nossa ESF atende a uma população de 2.557 Habitantes, segundo dados de dezembro de 2015 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

O serviço oferecido a população consiste em: - Secretaria Municipal de Saúde: - Uma Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF); - Um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); - Academia de Saúde;

OBS: a secretaria de saúde esta aguardando a conclusão de um espaço com piscina térmica e área fechada para atividades físicas. Neste espaço temos a pretensão de realizar atividades com publico de varias faixas etárias, visando à melhoria na

qualidade de vida dos usuários de nossa ESF. A minha equipe de trabalho se empenha para realizar o melhor atendimento possível a população. Minha equipe é composta por:

- Uma médica Clínica Geral;
- Um médico Ginecologista;
- Duas Enfermeiras;
- Cinco técnicas de Enfermagem;
- Um Farmacêutico;
- Uma Educadora Física;
- Uma Assistente Social;
- Uma Fisioterapeuta;
- Um Dentista;
- Uma Auxiliar de Dentista;
- Um Vigilante Sanitário;
- Dois digitadores;
- Um Serviço Gerais;

As doenças mais prevalentes nos atendimentos médicos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo II (DM), lombalgia, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas superiores e infecções do trato urinário baixo e vaginites e doenças sexualmente transmissível, além de uma grande procura por pacientes em sofrimento psíquico.

As maiores prevalências nos atendimentos de enfermagem estão correlacionadas aos atendimentos médicos, no entanto, os atendimentos da enfermagem são mais procurados por mulheres e crianças. As maiores prevalências nos atendimentos realizados pela odontologia são de restauração dentaria e extração.

Tendo em vista tais problemas, realizei na UBS um trabalho voltado para a melhoria da atenção a saúde dos idosos doentes crônicos de Hipertensão Arterial Sistêmica, com ênfase na melhoria do atendimento a estes usuários que eram atendidos na maioria das vezes apenas em momentos de agudização. Esta escolha deu-se a partir do meu projeto de intervenção que teve como temática “Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Cerro Grande” (Anexo I) com a maior interação com os pacientes Idoso, percebi juntamente com a minha equipe que o maior problema nos idosos hipertensos era o controle da doença crônica, por esse motivo colocamos em prática algumas atividades propostas para controle e manutenção das agudizações, na atividade dois do portfólio ficará evidente a forma que adotamos hoje para o atendimento a hipertensos na UBS Cerro Grande temática, praticas essa de acompanhamento que acredito que vá reduzir em grande quantidade morbi/mortalidade causada pela agudização da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica).

Ainda, acredito que os idosos são um grupo populacional que precisa mesmo muita atenção, cuidado e direção, pois, eles estão em uma etapa das suas vidas onde precisão de muita orientação, acompanhamento e atividades que possibilite a eles um

envelhecimento saudável e com o mínimo de morbidades possíveis. Uma das formas de manter um envelhecimento melhor a estes usuários é levar o ensino, garantir atendimento e acompanhamento aos idosos e dar a cada um deles a oportunidade de saber quais as principais formas de ter redução no risco de secundários de sua doença.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Caso clínico UBS Cerro Grande

ANAMNESE

Identificação Nome: S. F. S.

Data de nascimento: 24/05/1945 Idade: 71

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto Estado civil: Casado

Profissão: Agricultor/Aposentado Naturalidade: Palmeira das Missões

Residência Atual: Linha Barra do Bugre – Cerro Grande

QUEIXA PRINCIPAL: Tontura e Dor de Cabeça.

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Primeira consulta Médica (25-10-2016): Usuário recebido em consultório no dia de hoje apresentando cefaléia intensa principalmente em horário da tarde na maioria das vezes acompanhada de tontura e visão embaralhada.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Cefaléia e tontura. Cabeça e pescoço: Dor de cabeça lado esquerdo e parte posterior do pescoço Tórax: nega tosse e dificuldade respiratória Abdômen: nega dor ou desconforto abdominal Geniturinário: Relata ter de fazer esforço para esvaziar a urina, urina frequente à noite Sistema endócrino: nega alteração Coluna vertebral: ossos e articulações sem alterações queixadas Sistema nervoso: perda de sono ocasionalmente

ANTECEDENTES PESSOAIS

Fisiológicos: Nascido de parto normal domiciliar, o 9º filho de 13 irmãos.

Casou-se aos 17 anos e teve um filho aos 18, sua esposa teve intercorrências no parto o que lhe impediu de ter mais filhos.

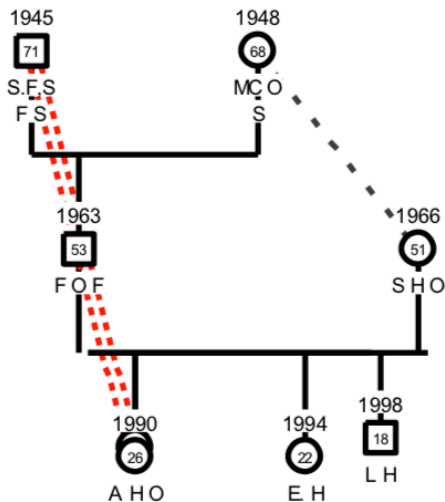
Patológicos: Não há história de patologia na infância. Desde os 55 anos de idade é Hipertenso. Medicamentos em Uso: atenolol (50mg) duas vezes ao dia, hidroclorotiazida (25mg) uma vez ao dia.

Antecedentes Familiares

Pai: Falecido - Hipertenso

Mãe: Falecida – Diabetes mellitus.

Figura 1 – Genograma:



CONDIÇÕES DE VIDA

Alimentação: Rica em carboidratos, sódio e gorduras.

Habitação: Morra com esposa, filho, nora e netos. Em uma casa de madeira com um banheiro, três quartos, uma sala de estar e uma cozinha

Histórico Ocupacional: trabalhou a vida toda na agricultura Condições sócio/econômicas: Baixo poder

Atividade Física: Sedentarismo Vícios: Tabagista

Vida conjugal: casado

EXAME FÍSICO

Somatoscopia

Usuário em regular estado geral, biotipo normolíneo e atitude voluntária.

Sinais Vitais: T: 36.5 c. P.A: 160/100 mmhg FC: 85bpm. CA: 97 cm

Medidas antropométricas: Peso: 97.700kg Estatura: 1.68cm Estado nutricional: IMC: 33.5, Obesidade.

Cabeça e Pescoço: Simétrico, sem deformidades, ausência de linfonodomegalia, orofaringe sem sinais inflamatórios. Mucosas: Normocoradas, unidas. Tórax: Inspeção: simétrico sem deformidades Palpação: expansibilidade torácica normal Percussão: sem alteração Ausculta pulmonar: Murmúrio normal, não estertores. FR: 20xmtos. Ausculta Cardiovascular: Ruídos rítmicos e audíveis, sem sopros. FC: 86bpm

Abdome Inspeção: Globuloso Ausculta: ruídos hidroaéreos normais Palpação: não dolorosos a palpação superficial e profunda, não há massas tumorais. Percussão: timpânicos. Toque Retal: Próstata aumentada de tamanho, não dolorosa, não aderida, não tumoral. Extremidade: Simétricas, sem deformidades, Edemas em membros inferiores.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Hipertensão arterial sistêmica descompensada. Hiperplasia prostática.

Classificação do risco cardiovascular função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo: Maior de 20%. Stress emocional (pela convivência).

PLANO

Dieta: Hipossódica, baixa em gorduras saturadas e trans também baixa em carboidratos simples. Ainda, aumentar a ingestão de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados e aumento da ingestão hídrica.

Abandono do tabagismo. Exercícios físicos dirigidos pela Educadora Física do NASF. Inclusão ao grupo de HIPERDIA, visando o aumento do auto cuidado pelo usuário. Acompanhamento periódico do paciente por consultas agendadas, visitas domiciliares e verificação da Pressão Arterial semanalmente. Tratamento medicamentoso: -Atenolol (50MG) 2 x ao dia; -Hidroclorotiazida (25MG) 1 x ao dia.

OBS: Usuário foi medicado no dia da consulta com medicações de rotina, colocado em repouso por uma hora e apresentou diminuição nos níveis pressóricos. Medicação mantida mediante comprometimento de usuário a cerca de mudanças de hábitos diários, ainda vai ter controle de pressão arterial por 10 dias e consulta agendada para 30 dias se não houver intercorrências.

Exames: Hemograma completo, EQU, Glicemia, Colesterol, Triglicerídeos, HDL, LDL, Uréia, Creatina, Ácido Úrico, potássio, PSA, eletrocardiograma, exame de fundo de olho, ultrassom renal e prostática, raios-X de Tórax APxP

EVOLUÇÃO

Segunda consulta. No dia 02/11/2016 a equipe fez um plano de ações com o senhor S.F.S onde acordamos cuidados conjuntos, tais como:

<p>Visita domiciliar NASF, psicólogo, Assistente social, nutricionista, fisioterapeuta.</p> <p>Avaliação psicológica</p> <p>Avaliação fisioterapia</p> <p>Avaliação e apoio nutricional</p> <p>4 Avaliação Social</p>	<p>Equipe da NASF</p> <p>Psicólogo</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Nutricionista</p> <p>Assistente social.</p>	<p>3ª semana de outubro</p>	<p>- Melhorar condições físicas</p> <p>Apoio nutricional para melhorar convivência</p> <p>Dinâmica para melhorar</p>
<p>Visita domiciliar pela médica e enfermeira da equipe</p>	<p>Medica e enfermeira</p>	<p>4ª semana de outubro</p>	<p>Revisar o tratamento, manter os problemas de saúde compensados. Verificar os exames Indicados.</p> <p>Interagir com a família, visando à melhoria do usuário.</p>
<p>Visitas quinzenais pelo agente comunitário</p>	<p>Agente comunitário</p>	<p>D e 15 em 1 5 dias</p>	<p>Vigiar cifras de PA</p> <p>Educar sobre a dieta e hábitos de vida diária.</p> <p>Controlar o peso. Verificar apoio familiar.</p>

Terceira Consulta. No dia 18/11/2016 o Srº S.F.S retornou a consulta com os exames anteriormente solicitados e apresentando PESO: 95.400kg, P.A: 140-95mmhg e C.A: 94cm e com os seguintes resultados:

- Hb13.6g% -

- Hto39%
- Urina normal (não microalbuminúrica)
- Glicemia 90mg/dl
- Colesterol:320mg/dl
- Triglicerídeos: 110mg/dl
- Ácido úrico: 4.6 mg/dl
- Uréia: 32mg/dl
- Creatinina:1.0 mg/dl
- P.S.A: 5.420 ng/ml
- Raios-X de tórax: normal
- Eletrocardiograma: normal
- Ultrassom de próstata: Hipertrofia Prostática
- Fundo de olho: Pendente

Diagnóstico: Hipercolesterolêmica, Hipertrofia Prostática.

DESFECHO

Adicionado ao tratamento:-Sinvastatina (20mg) um comprimido a noite. Para hipertrofia prostática e tendo em conta BRASIL (2016), sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses). Portanto, o usuário em questão fará uso de DOXAZOSINA 1mg ao dia por duas semanas aumentando para 2mg ao dia por duas semanas segundo as necessidades do usuário e deixando a dose de manutenção por 6 a 8 meses.

Quarta Consulta. Retorno para avaliação dia 18/12/2016. Peso: 95.700kg PA: 130-85mmhg, CA:93cm. Melhoria sintomática. Fundo do olho: entrecruzamento

arteriovenoso. Catarata olho direito não completa ainda.

PLANO

- Conduta Terapêutica, mantida.
- Plano de cuidado em execução.
- Solicitada avaliação de oftalmologista.
- Próxima consulta 10/01/2017.
- Realizar atividade física diariamente.
- Comparecer mensalmente as consultas com a nutricionista do NASF, visando à reeducação alimentar.
- Avaliações com periodicidade de 6 meses se houver manutenção das melhoras nas patologias.
- Inclusão de usuário em Grupos de HIPERDIA, visando à aderência ao tratamento, acompanhamento mensal pela equipe e principalmente o momento de ensino, o qual no caso de nosso usuário é o principal pois, o Ministério da Saúde no ano de 2013 diz que, atividades educativas em grupo aumentam o empoderamento do usuário ao autocuidado BRASIL (2013), sendo assim aumenta a aderência terapêutica e facilita a todos os outros meios de controle de pressão arterial.

Ainda no mesmo caderno de atenção básica alguns métodos foram apresentados, que possibilitam um aumento na aderência terapêutica, tais como, de acordo com BRASIL (2013): “Facilitar o acesso; orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social; estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos para efeitos); manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Rename, que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular; encorajar modificações no estilo de vida; integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas; - prescrever formulações favorecendo a longa ação; - tentar nova abordagem em terapias sem sucesso; - antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia

para minimizá-los; - adicionar gradualmente drogas efetivas”.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

UBS Cerro Grande

A atenção primária tem como objetivo principal a prevenção de doenças utilizando políticas de saúde como a promoção, ações de educação em saúde e atividades de prevenção, tendo em vista o ser humano como um todo e não apenas as doenças que fazem dele um paciente.

Na minha unidade de saúde fazemos atenção primária à saúde cuidando dos nossos usuários em todas as fases da vida, dando ênfase principalmente as mais críticas, mas não deixando de lado as peculiaridades de cada usuário.

Trabalhamos com puericultura, pré-natal, atenção ao idoso, atenção a mulher em todas as fases de vida, tabagismo entre outro. Mas nesse momento e nesse espaço gostaria de aprofundar um pouco os meus conhecimento relacionados à saúde mental, pois acredito que esse seja um elo frágil no cuidado que eu e minha equipe desenvolvemos.

Pois não temos a colaboração de psicóloga para nos orientar quando necessário. Como descrevi anteriormente o senhor S.F.S além de apresentar algumas patologias cônicas ainda encontrava-se vulnerável. Com uma família um tanto desorganizada e com pouca renda, e estava em uma situação de estresse constante.

Quanto ao cuidado de saúde mental em minha UBS acredito que temos muito a alcançar, pois, realizamos apenas o básico, como escuta investigação conduzida por mim e pelos profissionais do NASF, ainda uso de medicações psicoativas e encaminhamentos. Por esse motivo temos índices muito altos de internações psiquiátricas em nosso município. Tenho por objetivo juntamente com minha equipe ampliar o cuidado e o atendimento a Saúde Mental, temos que ampliar a nossa visão relacionada a identificar usuários em sofrimento psíquico. Segundo BRASIL (2010), a atenção básica é o ponto da rede de cuidado mais propicia a captação e identificação de

peças que estão em sofrimento, isto pela facilidade de acesso a AB, ainda é corriqueiro que o usuário procure o serviço na maioria das vezes buscando a outro serviço e não o de saúde mental. Por isso é importantíssimo que os profissionais da Atenção Básica sejam capacitados para realizar escuta e que todos possam e devam estar envolvidos e saibam identificar o momento de escutar. É por esse caminho que a minha equipe tem que se encaminhar, para ouvir, escutar e dar os devidos encaminhamento. Não apenas fazer de conta que não esta vendo nada e não dar a devida importância.

Com essa linha de pensamento eu e minha equipe iremos adotar as orientações do Ministério da Saúde para atendimento, abordagem e ações terapêuticas em saúde mental na atenção básica, tais como:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade da empatia;
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Além de continuarmos a realizar as atividades que estávamos desenvolvendo, atualmente nós atendemos um grupo de pessoas com problemas de saúde mental em conjunto com o NASF, realizamos:

- Atividades com trabalho manual;
- Atividades recreativas e esportivas;
- Palestras sobre Álcool e outras Drogas;
- Orientação sobre cuidado em saúde mental, abordagem familiar.

As praticas de saúde mental de escuta principalmente, tem que ser afinadas e minuciosas quando o atendimento é com pessoas idosas, pois estes constituem um

grupo de alto risco por suas limitações físicas, violência, depressão e demência e por todo o processo de marginalidade social e processo de envelhecimento, frequentes perdas de amigo e irmãos. A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, observando sempre o seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social. Como disse anteriormente a equipe não pode fazer “vista grossa”, jamais a mudança na rotina ou de hábitos da pessoa idosa deve ser deixando à margem de seu contexto.

Com isso a minha equipe esta sendo capacitada, levando em conta às políticas de saúde e os protocolos de atenção a saúde, criados pelo ministério da saúde. Nossos enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, dentista, agentes comunitários de saúde enfim, todos os nossos profissionais estão sendo treinados, para identificar as pessoas idosas de risco e dar os devidos desfechos.

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A assistência domiciliar à saúde tem sido integrada ao exercício da Estratégia de Saúde da Família como forma de acesso da atuação profissional em saúde a comunidade e ao domicílio, ambiente de vida dos pacientes e familiares. Mediante a assistência domiciliar o profissional da saúde conhece a realidade de vida da população, estabelecendo vínculos com a mesma visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas e o atendimento à saúde das famílias. Os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo as doenças crônicas.

Em minha unidade básica de saúde de Cerro Grande a assistência domiciliar é planejada mensalmente em cada reunião da equipe de acordo as prioridades de indivíduos e famílias com maior risco, para determinar os riscos nos apoiamos nas visitas feitas pelas agentes comunitárias de saúde, isto facilita a integração da equipe.

Nas visitas não só prestamos atenção individualizada aos casos prioritários mas, também fazemos abordagem familiar levando em conta às condições socioeconômicas, de higiene, estrutura familiar, relações familiares e sociais, rede de cuidados, entre outras, registrando-se situações de risco, presença de agravos e doenças agudas, crônico- degenerativas e contagiosas; podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita aos quais colocamos data de cumprimento para comprovar em visitas subsequentes.

Nos caso que existe a necessidade solicitamos a avaliação/intervenção do NASF com a presença do psicólogo, fisioterapeuta ou assistente social os quais nos apóiam em situações de risco. De acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família planificam-se visitas domiciliares semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente visando o cuidado integral e continuado. Existem momentos de planejamento em nosso trabalho quinzenalmente nas reuniões, identificamos os pacientes que mais necessitam a atenção domiciliar, depois classificamos a complexidade de cada paciente para elaborar o plano de cuidados para cada um deles. Em algumas ocasiões as visitas são

solicitadas pelos próprios familiares por apresentar-se alguma situação aguda e em outras por agentes comunitários de saúde que encontram alguma situação em as visitas feitas por eles. Para fazer as visitas domiciliares temos 1 dia da semana na quarta-feira muitas vezes não contamos com transporte, isso dificulta muito o nosso trabalho mais tratamos de cumprir as mesmas.

A maioria das residências é em área rural, algumas linhas ficam muito longe para isso buscamos alternativas e pedimos ajuda do prefeito para providenciar um transporte que possa chegar a todos os domicílios. Ainda não contamos com o grupo de cuidadores, mas vamos trabalhar para conformar o mesmo e oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador desempenham.

Em algumas ocasiões as visitas se tornam frustrantes e desgastantes para os profissionais da saúde quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de interesse eles pensam que o cuidado dos enfermos e responsabilidade do médico e da enfermeira.

Em cada uma das visitas são feitos procedimentos como toma da pressão arterial e glicemia capilar aos diabéticos, se incentiva aos usuários a participar nos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. Os usuários de medicação são avaliados a cerca do uso da medicação de forma adequada se fazemos orientações e conselhos para uma correta e adequada qualidade de vida.

É muito gratificante chegar a um domicilio onde se possa observar o cumprimento das orientações médicas, melhora qualidade de vida e onde não se olha empoeiramento das doenças crônicas e melhora a higiene e as relações familiares.

Para melhor exemplificar gostaria de dar seguimento no caso do S^o S.F.S

No dia 02/11/2016 às 09h30min iniciamos nossa visita domiciliar as residências, vou descrever a situação de nossa primeira visita domiciliar, a casa do senhor S.F.S.

Residência localizada na Linha Barra do Bugre – Cerro Grande: Fomos recepcionados pela senhora M.A.R. que abriu o portão e nos levou até a presença do senhor da casa. Obs. Ao abrir o portão um cachorro, e presença de galinhas e gatos no

pátio da casa. PACIENTE - S.F.S , 71 anos, casado com antecedentes de Hipertensão arterial. Não trabalha, é aposentado. Possui 1 filho adulto, casado que mora em casa de seus pais com sua esposa e três filhos , a esposa do filho que cuida dos pais e filhos.

IMPRESSÃO DO PACIENTE SOBRE A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE EXPECTATIVAS: A nora fala que o senhor não se cuida, e a pesar de sofrer de hipertensão gosta de comidas gordurosas e salgadas, come pouquíssimas frutas e vegetais.

QUEIXAS DO MOMENTO: Alega ter aumentado do peso, perda do sono e frequentemente sente dores de cabeça e que tem que acordar varias vezes na noite pra fazer xixi.

EXAME FÍSICO: Pessoa aparentemente saudável, consciente com boa higiene pessoal que se observa tensão com sua neta maior.

TRATAMENTO ATUAL: faz uso de atenolol (50mg) duas vezes ao dia, hidroclorotiazida (25mg) uma vez ao dia.

A nora se encontrava na cozinha preparando chimarrão, Recebeu-nos muito bem. Disse que é muito difícil fazer com que ele entenda o quanto é necessário tomar as medicações na hora, na quantidade adequada e deixar de comer em grandes quantidades é importante para a melhoria de seu quadro.

CUIDADOR: E sua neta de 22 anos que não estuda não trabalha e ajuda a mãe a cuidar de seus avós e realizar as atividades domésticas da casa.

EXTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio. Faz uso dos medicamentos acima citados fornecidos pelo USB – Cerro Grande. Perguntada se há outras necessidades alegou necessitar de uma mesada. Sua esposa é aposentada também na agricultura, mas refere que o dinheiro que entra na casa não é suficiente pra o sustento do toda a família, já que seu filho também é agricultor.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA: pareceram-nos pessoas com poder aquisitivo baixo a pesar de serem aposentados. Observamos a existência de 1 carro velho. A nora informou que seu filho a leva de carro quando é necessário sair da residência, já que só ele dirige. Ela é responsável pela administração da medicação do SRº S.F.S, já que ele se esquece de tomá-los nos horários adequados.

ALIMENTAÇÃO: A nora é a responsável pelo preparo do alimento da família. Almoçam as 12:00 hs e jantam as 18:00 hs.

FERRAMENTAS SOCIAIS ENVOLVIDAS: Não recebe ajuda do tipo política ou social, apenas religiosa.

DOMICÍLIO: Em uma casa de madeira com piso de madeira , um banheiro, três quartos, uma sala de estar pequena e uma cozinha com fogão a lenha.

FONTES DE PRAZER DO PACIENTE: A nora tem atividades diárias normalmente cercada da família como alimentar as galinhas e tirar leite de uma vaca, trabalha elaborando também bolachas caseiras pra vender, complementando a renda familiar. Ela afirma que sua casa não recebe muitos amigos . A única diversão que o Srº S.F.S tem é ir aos domingos a missa da igreja .

METAS: Necessidade de um emprego para ajudar no sustento da família. Prioridade é o dinheiro.

Plano de cuidados: Continuar com as visitas do Agente Comunitário de Saúde e a visita do médico periodicamente junto com a enfermeira.

PROBLEMAS CRÔNICOS: Hipertensão arterial

PROBLEMAS AGUDOS: Hiperplasia prostática.

A importância na detecção das doenças no paciente e acompanhamento contínuo buscando as soluções possíveis e a carência e demora nos encaminhamentos foi solucionada com a parceria feita com hospitais, que realizam atendimentos com especialistas em fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social, dessa forma solucionamos rapidamente as consultas para melhorar a qualidade de vida e a recuperação do paciente, se orienta a família, a ajuda e cooperação com os profissionais de saúde, já que eles tem o papel ativo para o cuidado do usuário. Se orienta sobre dieta Hipossódica, baixa em gorduras. Ainda, aumentar a ingestão de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, abandono do tabagismo, e dando orientando sobre as consequências e doenças que este mau hábito de uso de tabaco pode ocasionar pra a sua saúde. Exercícios físicos dirigidos pela Educadora Física do NASF.

Inclusão ao grupo de HIPERDIA, visando o aumento do auto cuidado pelo usuário. Acompanhamento periódico do paciente por consultas agendadas, visitas domiciliares e verificação da Pressão Arterial semanalmente.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Antes de iniciar a especialização minhas expectativas com o curso foram muitas porque eu conheceria diretamente o funcionamento e trabalho do SUS do Brasil. O curso propiciara-me a oportunidade de elevar meu nível acadêmico e meus conhecimentos profissionais em atenção primária à saúde, principalmente, no enfoque da ESF, de forma prática, para levá-lo até a prática médica do dia a dia e em benefício da saúde da população. Também fiquei muito feliz com o curso porque me deu a oportunidade de compartilhar meus conhecimentos com minha equipe de trabalho já que eles também fixaram envolvidos de forma indireta em lá realização do curso e conhecer lá situação das outras regiões do estado e com outros profissionais da saúde.

Refletindo sobre minha trajetória no curso de especialização posso dizer que tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos fórum pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento. Os orientadores frequentemente auxiliaram a todo aquilo que precisei. Agora posso concluir que minhas expectativas foram atendidas, que o curso foi de muita importância e permitiu-me alcançar meus objetivos ao longo do mesmo. O curso abordou temas muito importantes para nosso enriquecimento acadêmico sobre medicina e saúde coletiva. Como exemplos dos temas têm: Conceitos relacionados ao Sistema Único de Saúde - SUS, revisando historicamente a sua evolução e estruturação, bem como seus princípios, diretrizes, legislação e financiamento, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil e no mundo enfatizando na Estratégia Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e das Redes de Atenção, Atenção Primária à Saúde, Planejamento em saúde e das ferramentas de gestão do SUS, Epidemiologia e Indicadores de Saúde, Vigilância em Saúde como ferramenta de apoio para o planejamento e gestão em saúde, tipos de Sistemas de Informação que muito nos auxiliam a planejar e a entender algumas situações de saúde da comunidade que estamos atuando, sistemas de avaliação do Ministério da Saúde, como o PMAQ e o AMAQ que estão auxiliando tanto as equipes de saúde como os gestores a planejarem e visualizarem o que está acontecendo no território de abrangência e as ferramentas para conhecer o mesmo com uso do

georreferenciamento para refletir sobre diagnóstico e planejamento de ações em saúde na APS. Também são outros temas importantes a Ética na APS, a Construção da Agenda Profissional como ferramenta para identificar a demanda e otimizar a programação das atividades da equipe de saúde, Atenção à Saúde da Criança, Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e Análise Situacional. Este último permite avaliar os principais problemas de saúde da população para assim determinar o foco de intervenção e logo planejar estratégias com a finalidade de solucionar os mesmos.

Neste período do curso, mudanças importantes tiveram lugar em meu desempenho profissional em quanto às questões de organização e planejamento de ações, às condutas de seguimento de pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e saúde mental entre outras. Foram melhorados os registros de informações e principalmente os prontuários dos pacientes que anteriormente não guardavam as informações necessárias dos mesmos. Melhorou a qualidade dos atendimentos em saúde da criança que inclui de forma integral a avaliação nutricional, avaliação alimentar, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e a situação vacinal.

Também melhorou a qualidade do atendimento da saúde do Adolescente e do Idoso fazendo usos das cadernetas correspondentes onde são preenchidos os dados de medicamentos utilizados, as comorbidades, dados antropométricos, pressão arterial e glicemia capilar entre outros dados importantes; assim como também melhorou a qualidade dos atendimentos em Saúde da mulher com lá retaliação do cito preventivo e mamografia ara previr e câncer de colo de útero e câncer de mama em na mulher, do Homem com realização de PSA pra diagnostico precoce de câncer de próstata, Pré-natal e Atenção Domiciliar.

Com a intervenção aprendi que as soluções dos problemas de saúde devem ser encontradas de forma participativa e envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento, até a implantação de intervenções em que a família desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e que ela também tem um papel importante em processo saúde - enfermidade. Também aprendi que a assistência oferecida e o

acompanhamento adequado aos pacientes, e o estabelecimento do vínculo com toda a equipe da UBS, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade relacionada às complicações, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS, associado às doenças crônicas por processos educativos, contínuos e de aprendizagem que traduzem conhecimentos, em ações para o autocuidado.

Percebi mudanças benéficas em minha atuação como médica da UBS de Cerro Grande. Desde que comecei o curso aperfeiçoei minhas condutas técnicas e aprendi a interagir com a equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço, agora eu faço questão de solicitar auxílio aos agentes de saúde, técnica de enfermagem, enfermeira, equipe do NASF e da própria gestão nos casos complexos que demandam mais atenção e envolvimento multiprofissional. Essa consciência de que todos os profissionais formam uma rede de assistência à população me fez perceber o quanto somos interdependentes neste processo. Ou seja, dependemos do comprometimento de todos para alcançarmos os melhores resultados e a ação de um profissional interfere diretamente no trabalho do outro aumentando a satisfação dos próprios profissionais por exercerem sua função da melhor forma possível.

O método para a realização do curso é ótimo. Uma grande vantagem do ensino à distância através da Internet é que pode ser utilizado por um grupo variado de pessoas que dele necessitam e que se encontram longe da sua universidade para "assistir" às aulas. No caso dos casos clínicos e dos questionários, estes foram muito interessantes, pois sempre abordarem temas importantes dentro da prática médica na atenção básica de saúde e ademais permitiram os intercâmbios de opiniões entre os profissionais e os orientadores de forma contínua através dos fóruns. O portfólio foi uma ferramenta muito útil que nos permitiu realizar a análise situacional da população de nossa área de abrangência, porque facilitou a obtenção de indicadores, tanto de cobertura, como de qualidade, para ações programáticas como pré-natal, puericultura, saúde do idoso e da mulher, atenção ao hipertenso e diabético, assim como dados gerais da população; possibilitando assim o acompanhamento da construção de meus conhecimentos mediante o registro das aprendizagens construídas durante o curso. O curso foi bem

organizado e responde aos princípios que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro em cada unidade de estudo e permite interatuar com outros profissionais, acho que fazer tarefas semanalmente é muito bom, já que permite planejar durante a semana o jeito individual de cada pessoa para estudar, fazer revisões bibliográficas e trocar idéias, antes de responder as tarefas.

Eu acho que foi bom já que aumenta a satisfação dos profissionais que não som brasileiros, já que é uma forma muito boa de integrarmos no sistema de saúde e faz que a tensão e tratamento dos usuários de forma adequada e com qualidade, integrando nossos conhecimentos com equipe de saúde e demonstrando gratidão pelas pessoas que ajudam para fazer nosso trabalho da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

-Brasil. Ministério da Saúde. Urologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Edição revisada – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 24 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 6).

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério

da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

-ALVARENGA, L. M. de C.; MARTINS, C. L. De que territórios os médicos do Programa Saúde da Família estão falando? Florianópolis, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 5, n. 17, p. 16-23, 2010.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 28 out. 2011. Disponível em: . Acesso em: 14 out. 2013.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (volume 1)

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

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

YORYANA VIEL HEREDIA

MELHORIA NA ATENÇÃO A SAÚDE DOS IDOSOS NA USB CERRO GRANDE

**Cerro Grande
(Rio Grande do Sul)**

2016

1. JUSTIFICATIVA

Porto Alegre, RS 2016

A ação que escolhi para fazer o projeto de intervenção foi atenção à saúde do idoso, pois embora nos dados do meu CAP mostrem uma cobertura de 100%, o número de idosos da minha área de abrangência supera o limite da média para o Brasil (280 idosos segundo o último cadastramento feito em 2013). Cerro Grande é um povo com predomínio da população idosa que neste momento não tem estabelecido um código de priorização do atendimento para estes pacientes nem são seguidos segundo protocolo de atendimento à saúde do idoso, motivo pelo qual desperto o interesse de toda uma equipe que apóia a intervenção neste grupo. Acredito que os idosos são um grupo populacional que precisa mesmo muita atenção, cuidado e direção, pois eles estão em uma etapa das suas vidas que precisam de orientação para ter uma velhice saudável. Meu objetivo é que o nosso trabalho ajude no cumprimento do número de consultas e visitas domiciliares destes idosos assim como dar um seguimento de cuidado continuado, para de esta maneira conseguir educar eles no cuidado da sua saúde e garantir o ensino não só deles, mas também da família toda para que ajudem nesta etapa da vida dos idosos para que seja tranquila e mais saudável. Levar o ensino, garantir atendimento, cadastrar os idosos e dar a cada um deles uma carteirinha do idoso onde sejamos capazes de escrever cada procedimento que é feito, são alguns dos nossos principais objetivos do projeto.

Enquanto a estrutura física da nossa UBS gostaria de dizer que temos 1 consultórios médicos com banheiro, 2 consultórios de enfermagem apenas 1 com Banheiro, 1 consultório de nutricionista, 1 copa-cozinha pequena, 1 sala de vacina, 1 salas de curativos, 1 sala de nebulização, 1 sala de esterilização, 1 farmácia com pouco espaço para armazenar os medicamentos , 1 recepção com espaço para o acolhimento de 20 pessoas aproximadamente, 1 sanitário para funcionários, 1 abrigo para resíduos sólidos e 1 depósito para o lixo contaminado, banheiro com espaço para fazer manobras com pacientes cadeirantes, 2 banheiros públicos feminino/masculino. Como deficiências no desenvolvimento do nosso trabalho temos que o piso não é antiderrapante, nem

temos corrimãos. A equipe está composta por 1 Médicos da Família, 1 Fisioterapeutas, 1 Nutricionista, 2 Enfermeiras, 1 Assistente Social, 5 Técnicas de Enfermagem, 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 digitador, 1 telefonista, 1 educador física, 1 dentista, 1 acd e 5 Motoristas. Atendemos um total de 2.500 pessoas principalmente da área rural, mas também da área urbana, pois temos apenas esta ESF em nosso município, com um total de idosos cadastrados de 280 que segundo a média no CAP é o dato correto, mas segundo a minha realidade está faltando uma parte da população idosa por cadastrar.

Os nossos idosos são até o momento 280 dos quais nenhum tem carteirinha do idoso, nem seguimento adequado da saúde nem das doenças crônicas que eles sofrem, além disso aqueles que não conseguem chegar ao posto de saúde não são procurados para ser feito o cuidado continuado da sua saúde, motivo pelo qual o atendimento não está sendo feito, mostrando uma atenção falha, restrita e às vezes nula, por isso que nosso trabalho vai tentar reverter esta situação existente na nossa UBS. A promoção de saúde para este grupo começou acontecer desde a nossa determinação para fazer a intervenção nesta ação programática, assim estamos fazendo visitas domiciliares e consultando os nossos idosos com maior cuidado e tomando tempo para interagir com os que possuem familiares para ensinar o manejo destes pacientes e o cuidado da sua alimentação e saúde.

Posso assegurar que a nossa equipe está envolvida 100% no projeto pois todos acreditam que com a nossa intervenção os cerrograndenses vão experimentar mudanças nas suas vidas e vão aprender a se cuidar para levar uma vida com mais qualidade, a viabilização desta intervenção está dada pela grande necessidade de atenção em saúde que os nossos usuários tem e pelo apoio de toda a equipe de saúde e secretaria de saúde com o nosso projeto. Acredito que isto poderá melhorar a atenção a saúde dos nossos idosos porque vamos fazer medicina preventiva mediante a promoção de saúde para garantir uma melhor velhice para os nossos idosos.

2. OBJETIVOS E METAS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
- Melhorar o registro das informações
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência
- Promover a saúde dos idosos

2.3 METAS

Relativas ao 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%.

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

META: 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos 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 ou com diagnóstico de hipertensão arterial 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.

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

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

Relativas ao 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.

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

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

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.

Relativas ao 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.

3. METODOLOGIA

Este Projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 6 meses na Unidade de Saúde Cerro Grande, no município Cerro Grande do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 280 idosos de 60 e mais anos de idade. O cadastro será realizado de acordo com as estimativas dos ACS que atendem nas diferentes comunidades em conjunto com a Equipe do UBS fazendo busca ativa dos idosos com problemas de locomoção e os acamados para levar saúde até eles e garantir a educação dos seus familiares e cuidadores, teremos uma meta de um 16,6% ao mês até atingir o 100% em 6 meses de trabalho e sendo preenchidas neste intervalo as carteirinhas dos Idosos com os principais dados de cada paciente. Será utilizado o Protocolo Do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2013 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília-DF 2013.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES COBERTURA

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

META

Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 40%.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente): responsabilidade da enfermeira e o

médico fazendo revisão do registro de idosos semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Acolher os idosos: esta atividade vai ser feita por toda a equipe de saúde nos dois turnos de atendimento incluindo médicos e enfermeiras desde o começo do programa.

Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde: atividade que vai ser responsabilidade dos ACS que desde agora estão fazendo este trabalho para entregar na primeira semana do programa.

Atualizar as informações do SIAB: Tarefa designada às recepcionistas junto com a enfermeira responsável da UBS.

Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde: faremos esse esclarecimento nos grupos de HIPERDIA uma vez a cada 15 dias nas comunidades.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde: faremos esse esclarecimento nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos: que será responsabilidade do médico e enfermeira do ESF na primeira semana em um tempo de duas horas no horário da tarde.

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço: responsabilidade do médico da EBS e da enfermeira que será feito na primeira semana do programa no tempo de uma hora à tarde.

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização: atividade que será feita com o apoio da assistente social da UBS e o médico na primeira semana uma hora no horário da tarde.

QUALIDADE

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

Metas:

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde: semanalmente pelo médico e enfermeira responsável, mediante a revisão dos prontuários.

Organização e gestão do serviço:

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...): fazendo revisão deles uma vez por mês para garantir a calibragem adequada.

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos: responsabilidade da enfermeira responsável da EBS.

Engajamento público:

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável: nos grupos de HIPERDIA 1

vez a cada 15 dias nas comunidades.

Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social: com ajuda da assistente social nas consultas de avaliação médica agendadas.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS: na reunião da equipe na primeira semana 1 hora, à tarde.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida: no horário da tarde na primeira semana um turno de 2 horas.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas: na reunião da equipe de saúde em uma hora.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde: 1 vez a cada 15 dias nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades.

Organização e gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos: atividade que será feita antes da primeira semana do programa pela enfermeira e o médico da EBS.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado: a ser feito com a ajuda dos ACS e das equipes do PSF nos domicílios dos pacientes idosos olhando suas carteirinhas.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: realizar agendamento das consultas em horários acessíveis para eles conseguindo desta maneira garantir sua presença no posto de saúde.

Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades: a ser responsabilidade do médico da EBS ao encaminhar cada paciente.

Engajamento público:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: nos grupos de HIPERDIA 1 vez a cada 15 dias nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado: na primeira semana do programa no turno da tarde em uma hora.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: na primeira semana do programa no turno da tarde em uma hora.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde: o médico e a enfermeira revisando os registros destes pacientes uma vez por semana.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada: semanalmente fazendo revisão

dos registros pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

Garantir a solicitação dos exames complementares: responsabilidade do médico do PSF nas consultas individuais, nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: responsabilizando a enfermeira do posto de saúde para convidar o gestor na reunião da equipe e desta maneira conseguir agilizar estes exames.

Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados: atividade que será feita com ajuda das recepcionistas e as enfermeiras na triagem.

Engajamento público:

Orientar aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares: nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares que são feitos semanalmente.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares: nos grupos de HIPERDIA feitos nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares: responsabilidade do médico e enfermeira do PSF.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia: a

conseguir com ajuda das farmacêuticas da UBS fazendo uma revisão dos registros semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: mensalmente pelas farmacêuticas sendo supervisionado pela enfermeira.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde: responsabilidade das farmacêuticas do posto de saúde.

Engajamento público:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso: a ser feito nos grupos de Hiperdia nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes: na primeira semana no horário da tarde pelo médico do PSF.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA: a ser feito na primeira semana à tarde com duração de uma hora, sendo responsabilidade do médico e da enfermeira do posto de saúde.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados: mediante revisão dos registros da UBS e com ajuda dos ACS.

Organização e gestão do serviço:

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa: atividade a ser garantida pela enfermeira da UBS.

Engajamento público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde: duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência: facilitada esta atividade pelo médico da UBS no horário da tarde uma hora na primeira semana.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção: feito pelo médico e enfermeira do PSF revisando os registros semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção: com ajuda dos ACS nas reuniões de equipe.

Engajamento público:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar: será discutido todas as semanas nos grupos de HIPERDIA.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção: será discutido todas as semanas nos grupos de HIPERDIA nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção: em capacitação dos ACS na primeira semana na tarde pelo médico da UBS.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar: em capacitação dos ACS na primeira semana na tarde pelo médico da UBS.

Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) –
Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente): fazendo revisão dos registros semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS: responsabilidade da equipe básica de saúde estabelecendo acolhimento nos dois turnos de atendimento.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde: mediante solicitação aos gestores de saúde, sendo responsabilidade da enfermeira do posto.

Engajamento público:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade: realizado nas comunidades 1 vez a cada 15 dias nos grupos de HIPERDIA.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS: realizado nos grupos de HIPERDIA nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito: a ser feito em capacitação pelo médico do PSF na primeira semana à tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente): em revisão conjunta dos registros semanalmente pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM: atividade a ser cumprida pela equipe toda fazendo um acolhimento nos dois turnos de atendimento e estabelecendo comparações segundo critérios dos pacientes.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: com os gestores de saúde sendo responsabilidade da enfermeira do posto.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste: responsabilidade do médico e

enfermeira fazer a revisão dos registros.

Engajamento público:

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: nos grupos de HIPERDIA 1 vez a cada 15 dias nas comunidades.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM: com ajuda dos agentes comunitários de saúde mediante reuniões com líderes das comunidades e orientando as pessoas nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

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: na primeira semana pelo médico e a enfermeira da EBS.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos: examinando no espaço da consulta os idosos e determinando a necessidade deste tratamento, médicos e enfermeiras.

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde: atividade que deverá ser garantida pelas enfermeiras e médicos além de todos os integrantes da equipe.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde: responsabilidade dos ACS junto com médicos e enfermeiras.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde: o qual será responsabilidade da enfermeira coordenadora e o médico do PSF.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos: que será feita segundo as necessidades de atendimento odontológico e mediante gestões com a secretaria de saúde, responsabilidade da equipe toda.

Engajamento público:

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos: nos grupos de HIPERDIA 1 vez a cada 15 dias nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos: na primeira semana no horário da tarde uma hora.

Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos Monitoramento e avaliação:

Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período: que será levado a cabo pela enfermeira e médico do posto de saúde fazendo uma revisão dos registros odontológicos semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde: o que será feito por toda a equipe de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência: atividade a ser cumprida fazendo a revisão dos registros de atendimento odontológico semanalmente pelo médico e odontologista.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos no posto de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos: o que será feito no espaço do acolhimento por toda a equipe de saúde.

Engajamento público:

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: mediante os agentes comunitários de saúde e nas reuniões do grupo de HIPERDIA.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais: nas visitas domiciliares e nos grupos de HIPERDIA.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico: nas reuniões dos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo: que será feito em uma hora no espaço da tarde onde o odontólogo contratado pelo SUS explicara como vai ser feito o atendimento.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico: o que será feito na reunião da equipe pelo médico e odontólogo.

ADESAO

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

META

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: fazendo revisão dos registros, o médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: a ser feito pela equipe do PSF nos horários de visita domiciliar duas vezes por semana.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares: facilitando um horário acessível para eles e assim garantindo que seja feita a consulta, responsabilidade da enfermeira.

Engajamento público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: duas vezes por semana nos grupos de HIPERDIA.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos): nas reuniões que são feitas mensalmente nos grupos de HIPERDIA.

Esclarecer aos idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

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

periodicidade: a ser feito na UBS na primeira semana no horário da tarde pelo médico do PSF.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas: responsável o médico para ser determinado na reunião de equipe da primeira semana.

REGISTRO

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Metas

Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde: em revisão dos registros de prontuário médico feita pelos médicos e enfermeiras.

Organização e gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas: com ajuda da recepcionista para garantir o seguimento correto dos idosos.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos: atividade que será possível com ajuda dos gestores da saúde.

Pactuar com a equipe o registro das informações: a ser feito na primeira reunião de equipe.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros: na primeira reunião de equipe responsabilizando a enfermeira do posto de saúde.

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: vai ser realizado pelos informáticos da prefeitura.

Engajamento público:

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: será abordado nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos: para ser feito segunda semana no horário da tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: se essa Caderneta chegar, realizaremos o monitoramento com frequência semanal pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: garantindo se não tiver a original um modelo substitutivo que garante o registro das informações.

Engajamento público:

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção: a ser feito nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa: capacitação será realizada na segunda semana no horário da tarde pelo médico.

AVALIAÇÃO DE RISCO

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

Metas

Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência: fazendo uma pesquisa ativa em cada uma das consultas feitas ao idoso.

Organização e gestão do serviço:

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade: estabelecendo um sistema de atendimento prioritário para este grupo de idade feito pelo médico e enfermeira da EBS.

Engajamento público:

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

Qualificação da prática clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa: na segunda semana no espaço de uma hora a tarde.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice: mensalmente analisando os registros.

Organização e gestão do serviço:

Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice: garantindo que sejam educados adequadamente para evitar complicações, a ser feito pelas enfermeiras da triagem.

Engajamento público:

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente: nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice: na segunda semana no horário da tarde.

Avaliar a rede social de 100% dos idosos. Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS: com análise periódica dos registros dos idosos cadastrados na UBS feito pelo médico e enfermeira mensalmente.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente: com ajuda dos ACS feito desde antes de começar o programa.

Organização e gestão do serviço:

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente: a ser feito pela equipe do PSF duas vezes por semana.

Engajamento público:

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

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: a ser estimulado nos grupos de HIPERDIA nas comunidades.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos: com ajuda da assistente social na segunda semana no horário da tarde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Metas

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos: com ajuda da nutricionista mensalmente.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição: revisando os registros

de atendimento médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis: em reunião de equipe na primeira semana.

Engajamento público:

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis: nos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

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": no horário da tarde na segunda semana pela nutricionista da UBS.

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos: no horário da tarde na segunda semana pela nutricionista da UBS e o médico.

Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.
Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos: mediante revisão dos registros de prontuário pelo médico e enfermeira mensalmente.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular: segundos dados dos registros médicos semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade

física regular: na primeira reunião da equipe de saúde.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física: na primeira reunião da equipe de saúde, responsabilidade da enfermeira.

Engajamento público:

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular: nos grupos de HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular: na segunda semana a tarde pelo médico do PSF.

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

Monitoramento e avaliação:

Monitorar as atividades educativas individuais: mensalmente revisando os registros.

Organização e gestão do serviço:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual: a ser feito pelos médicos e enfermeiras.

Engajamento público:

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias: nos grupos de HIPERDIA duas vezes.

Qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias: na segunda semana pelo médico do PSF à tarde.

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 a 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia Numerador:

Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área

de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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.

LOGÍSTICA

Para realizar a intervenção no programa de Atenção a Saúde dos Idosos vamos adotar o Protocolo de Atenção à Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2009. Utilizaremos uma ficha espelho de pacientes idosos que ainda não foi confeccionada pela equipe, além disso vamos utilizar uma ficha complementar com todas as informações que se precisam para quantificar os dos indicadores, para que desta maneira o médico e a enfermeira consigam monitorar os dados da intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção 200 idosos e precisamos 200 fichas de espelho para idosos e folhas para imprimir 200 fichas complementares que serão anexadas as fichas espelho. Para fazer o acompanhamento mensal da intervenção será realizada uma revisão sistemática dos dados pelo médico e enfermeira do posto de saúde para determinar como vão os indicadores do programa.

Para fazer a organização do registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes idosos que vieram para se consultar nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis para esta ficha espelho. Ao mesmo tempo vai realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, aquisição dos remédios e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de saúde, assim que começaremos nossa intervenção fazendo uma capacitação sobre o Protocolo da Atenção a Saúde dos Idosos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos mesmos. Esta capacitação será feita na Unidade Básica de Saúde, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente no horário utilizado para a reunião da equipe de saúde. Cada membro da equipe será responsável por estudar uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros para amenizar a exposição.

Para determinar a logística temos que priorizar cinco eixos principais que serão analisadas de acordo com a necessidade de implantação das medidas necessárias a ação.

A Capacitação dos profissionais da equipe nas atividades relativas ao projeto de intervenção vai incluir: o conhecimento do protocolo de atenção, o uso das fichas individuais, de espelho e acompanhamento, a avaliação clínica de risco, o exame físico específico das lesões de órgãos alvo, uma adequada técnica de realização de toma de pressão arterial e hemoglicoteste, a educação sanitária e atividades de promoção de saúde. Estas atividades serão realizadas no transcurso da primeira semana em quatro sessões diferentes de uma hora de duração depois das 4 horas da tarde, pois desta maneira vamos conseguir a incorporação progressiva das atividades evitando

sobrecargas aos profissionais de saúde. Para fazer esta reunião é necessária a autorização da secretaria de saúde para dispor deste tempo o que já foi estabelecido e todos os membros da equipe disponibilizam deste horário para participar da reunião, ainda não foram disponibilizadas as fichas espelhos para a equipe conhecer, pois ainda vai ser mandado um ofício a secretaria de saúde para garantir os equipamentos necessários, as folhas das fichas espelho com todos os dados necessários para monitorar os indicadores do programa.

O acolhimento vai ser realizado pelas técnicas de enfermagem nos dois turnos de atendimento, as quais farão o preenchimento dos dados nas fichas individuais, do grupo e na ficha espelho, encaminhando logo para a consulta de enfermagem ou para o médico os quais realizarão o exame físico e a avaliação final do paciente, e preencherão o resto dos dados que dão uma medida dos indicadores de saúde nos pacientes idosos. Para que as técnicas saibam como proceder com os idosos, os médicos vão oferecer no espaço de uma hora na última sexta-feria antes da semana de intervenção, uma capacitação com o protocolo a ser seguido, para isso, precisamos do protocolo de atenção aos idosos que ainda não foi impresso, mas já está sendo pedido ao gestor do município.

Realizaremos atividades de busca ativa de pacientes faltosos pelos ACS e visitas domiciliares duas vezes por semana nas diferentes comunidades. Temos uma estimativa aproximada de 30 pacientes por semana. Nas buscas dos pacientes faltosos o médico não vai estar presente na visita, elas serão feitas pelos ACS e as enfermeiras e estas vão ocorrer sempre que houver a segunda falta a consulta, e a notificação vai ser feita durante as visitas mediante um controle que vai ser levado pelas enfermeiras.

A realização de busca e captação dos pacientes nas comunidades e áreas comuns irão nos ajudar a cumprir o sistema de visitas as comunidades em conjunto, iremos as associações comunitárias, semanalmente, onde a nossa equipe vai realizar atividades em grupos e atendimentos individualizados e os ACS levarão os pacientes faltosos ou que precisam de avaliação médica, tendo uma expectativa de aproximadamente 15 casos por semana. A equipe dispõe de um veículo só para a atenção a saúde da família, o qual será utilizado para sair as comunidades, tendo como horário as segundas férias de tarde e as quartas férias de manhã. A associação já foi

comunicada da presença de um membro da equipe 1 vez por semana, e as diferentes comunidades serão atendidas também nessas visitas para fazer a captação dos pacientes.

Para realização de exames complementares, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais, o médico na consulta solicitará os ECG e os exames necessários segundo protocolo de atenção aos pacientes Idosos os que serão realizados segundo a fila de espera do SUS conseguindo com o gestor municipal um total de 20 exames semanais. Agendaremos a próxima consulta e também a consulta com um odontólogo que o município vai contratar 20 horas por semana para fazer os atendimentos, sendo aproximadamente um total de 2 pacientes por dia, e este profissional realizará atividades de promoção de saúde individualmente com os pacientes. O gestor está ciente desta necessidade e da intervenção a nossa preocupação é que no final não seja possível ter acesso a esses exames em um curto período de tempo pelas características do nosso município.

Para o monitoramento de dados, semanalmente a enfermeira e o médico vão realizar uma revisão dos dados das fichas grupais e espelho, para determinar em conjunto com os ACS, se será realizada a busca de pacientes faltosos ou com atrasos e agendarão as consultas na semana próxima e o número deles que estão nesta situação. Os dados serão colocados na ficha de atendimento de forma mensal pelo médico e/ou enfermeira. A enfermeira vai ficar responsável pela alimentação da planilha do curso utilizando um computador que está situado na sua sala, e esta planilha será atualizada semanalmente.

REFERENCIAS

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.