

6 PRODUTO TÉCNICO

Proposta de Intervenção para qualificação da Atenção ao Idoso na APS da PBH

A Proposta foi construída a partir do modelo validado pelos *experts*. Essa proposta será validada também com profissionais da APS e com usuários em oficinas para discussão da sua viabilidade.

As variáveis de viabilidade a serem trabalhadas serão: aceitabilidade, adoção, adequabilidade, viabilidade, cobertura e sustentabilidade, que vão apontar se a implementação pode ocorrer bem e para fornecer informações sobre como isso contribui para o estado de saúde de uma pessoa ou outros resultados importantes para a saúde (PETERS et al., 2013).

6.1 Proposta de Intervenção

PORQUE INTERVIR? Por necessidade de modificar a prática da assistência a saúde do idoso na APS, a partir da produção de novos conhecimentos e consequentemente ressignificar a prática produzindo qualificação da assistência com objetivo de aumentar tempo de vida do idoso, com manutenção da sua funcionalidade.

O QUE REALIZAR? Sistematizar a assistência à pessoa idosa assistida em determinada área de abrangência da APS, baseando em diagnóstico situacional, protocolo direcionado a saúde do idoso e uso de apoio de instrumentos preexistentes. Estratégia que seja passível de ser submetida a avaliações futuras.

QUEM VAI IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO? Equipe da Atenção Primária, (ESF, NASF, Saúde Bucal, Saúde Mental e Assistência Social) com apoio intersetorial e da gestão.

COMO IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO? A melhor forma para aumentar as chances de se atingir uma melhoria é a de estabelecer objetivos, realizar ações planejadas e monitorá-las quanto aos resultados. Desta forma, é possível saber se as mudanças realizadas de fato levaram às melhorias almejadas (PBH, 2016). O ciclo de PDCA (“plan – do – study – act”, traduzido como “planejar, fazer, avaliar e ajustar”) é uma ferramenta que serve para testar ações que possam levar a mudanças que, por sua vez, resultam em melhorias, por meio de ciclos iterativos,

isto é, que se repetem várias vezes até atingir o objetivo pré-determinado. Para tanto, deve-se: 1) conhecer e se apropriar da proposta; 2) definir os papéis a serem executados; 3) definir prazos; 4) executar as ações; 5) avaliar e realinhar estratégias.

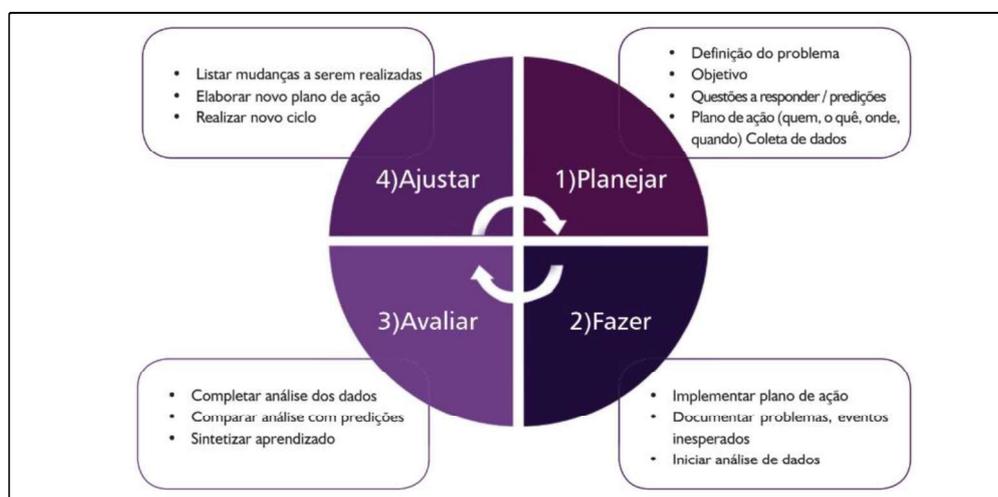
ONDE DEVE SER IMPLEMENTADA? No espaço da APS, seja dentro da UBS, nos atendimentos presenciais, seja nas discussões da equipe, seja no espaço do domicílio do idoso.

QUANDO DEVE SER IMPLEMENTADA? A partir do momento em que a equipe estiver sensibilizada para sua execução, apropriada da proposta, acionado membros de apoio.

POR QUANTO TEMPO IMPLEMENTAR E REALIZAR ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS? A equipe pode definir tempo de execução para que possa delimitar também tempo para avaliação da intervenção e assim ser possível ter parâmetros para ajustes necessários.

6.1.1 O ciclo PDSA como ferramenta para a intervenção

Figura 1 - Etapas do ciclo de PDSA



Fonte: PBH, (2016)

ETAPA 1- PLANEJAR

Realizar um diagnóstico referente ao perfil situacional da população idosa da área de abrangência da ESF para estabelecer a natureza do problema a ser enfrentado e determinar os objetivos.

Quadro 2 – Plano de Ação

O QUE REALIZAR (etapas)	PORQU E REALIZAR (propósito)	QUEM VAI REALIZAR (responsáveis)	COMO REALIZAR (métodos)	COM O QUE REALIZAR (instrumentos)	ONDE REALIZAR (local/espço)	QUANDO REALIZAR (prazos)
<p>Buscar sensibilização e educação permanente referente a saúde do idoso, focado nos "Gigantes da Geriatria":</p> <p>1. Iatrogenia e problemas com medicamentos ;2. Incontinência urinária; 3. Instabilidade postural, quedas e fraturas; 4. Doenças neuropsiquiátricas: depressão, insônia, demências e delirium; 5. Síndrome de imobilidade</p>	<p>A fim de qualificar os profissionais da APS para assistência a pessoa idosa</p>	<p>Equipe busca apoio da gerência da UBS para prover treinamentos e matriciamentos</p>	<p>-Gerencia da UBS aciona distrito sanitário (Gerencia de assistência, gerencia de RH) -Buscar possibilidade de matriciamento das ESF junto ao "Centro Mais Vida"</p>	<p>-Através de memorando, anexar esta proposta de intervenção; -treinamentos em plataformas <i>on line</i> ou presencial.</p>	<p>Na própria UBS ou no "Centro Mais Vida"</p>	<p>Solicitação em uma semana. Matriciamento com encontros mensais</p>
<p>Sensibilizar e treinar a equipe sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para seu preenchimento e uso</p>	<p>Para promover o uso adequado do instrumento</p>	<p>Equipe busca apoio da gerência da UBS para prover treinamento para ESF, NASF, Assistente Social, Psicologia</p>	<p>Oficinas dirigidas por referência técnica da gestão, apoio SMSA</p>	<p>-Caderneta (ultima edição); -Manual de preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa -Treinamentos em plataformas <i>on line</i> ou presencial, formato de oficina.</p>	<p>Na própria UBS</p>	<p>Duas semanas, escala de turmas</p>
<p>Estabelecer agenda protegida para todos os profissionais envolvidos</p>	<p>Para garantir o tempo e espaço para essa assistência</p>	<p>Equipe, junto a gerencia da UBS</p>	<p>Estudar horários e cardápio de ações assistenciais pertinentes a APS. Definir a agenda conforme particularidade</p>	<p>Agenda do sistema gestão em rede. -Planilhas Excel -Oficina de qualificação (tema de organização da demanda programada e aguda)</p>	<p>Sala de reuniões da UBS</p>	<p>Uma semana</p>

			des dos profissionais			
Definir o perfil da população idosa, quanto a faixa etária e sexo e definir subgrupos para ação	A fim de auxiliar na organização das ações para a assistência	ACS com supervisão do enfermeiro e apoio do auxiliar de enfermagem Solicitar apoio da gestão/epidemiologia, se necessário	Criar planilha com colunas que contenham informações relevantes	-cadastro -planilha Excel -registros internos da equipe	UBS, domicílio	Agenda protegida para a elaboração e reunião de equipe para discussão Uma semana
Definir quais são os idosos frágeis com critérios de receber acompanhamento domiciliar e planejar as visitas	Para levar ao conhecimento da ESF e NASF a fim de dar possibilidade ao planejamento das visitas	ACS, Enfermeira, representante e NASF e assistente social	- ACS apresenta casos conforme sua avaliação -equipe discute critérios e define os eleitos - planilha Excel que conste dados relevantes para o acompanhamento	-cadastros -protocolos e diretrizes para acompanhamento em visita domiciliar -planilha de Excel -agenda programada para visitas dos profissionais envolvidos	-em reuniões específicas para definir o assunto	Levantamento ACS: 30 dias Reunião para definir e programar casos: duas
Distribuir e preencher as cadernetas de saúde da pessoa idosa	Para efetivar o uso adequado do rico instrumento, promovendo qualificação da assistência a saúde do idoso	ESF, -NASF -Saúde Mental -Saúde Bucal -Assistência Social -Educador físico -Apoio gerencial	Criar fluxo alinhado para preenchimento da caderneta, separando os idosos por grupos e "estações", junto aos profissionais envolvidos	-Planilhas de levantamento do diagnóstico da população idosa da área de abrangência. -Caderneta de saúde do idoso -Ficha espelho e planilha de Excel para cópia de registros da caderneta	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida
Traçar plano de cuidados individuais e definir etapas	Para individualizar assistência e torna-la eficaz	Médico, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem e ACS	-Classificar os idosos conforme análise das fichas espelho - Definir plano de cuidados com ações necessárias	-Plano de cuidados vindo do "Centro Mais Vida" - Planilha Excel para monitoramento -prontuário eletrônico	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida
Executar ações estabelecidas pelo Plano de Cuidados do "Centro mais Vida"	Prestar assistência adequada e já definida por especiali	Médico, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem e ACS, NASF, odontologia e apoio	-discutir o plano recebido na reunião de equipe -definir metas, ações e	-Plano de cuidados vindo do "Centro Mais Vida" - Planilha Excel para monitoramento -prontuário	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida

	stas ao idoso frágil		prazos.	eletrônico		
Construir ações multidisciplinares para promover o envelhecimento ativo	A fim de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas	-ESF -NASF -Saúde Mental -Saúde Bucal -Assistência Social -Educador físico -Apoio gerencial	-criar grupos com temas de hábitos de vida saudáveis e prática de atividade física (envelhecimento ativo, alimentação saudável, atividade física, tabagismo, alcoolismo, etc)	-Planilhas com informações da classificação dos idosos. -cronograma de atividades e envolvidos	-Centro de saúde, -Locais públicos -Academia da cidade -No domicílio	Dois semanas para elaboração /planejamento. Práticas em grupos mensais
Efetivar Tratamento do tabagismo na UBS, especificando a pessoa idosa	A fim de auxiliar na cessação do tabagismo nas pessoas idosas, reduzindo danos	NASF, ESF	Utilizar a proposta do programa do INCA, adaptado para as realidades da UBS	Protocolos de tratamento do tabagismo	UBS, espaços públicos disponíveis	Contínuo, seguir tempo proposto no programa
Efetivar Tratamento do alcoolismo na UBS, especificando a pessoa idosa	A fim de auxiliar na cessação do alcoolismo nas pessoas idosas, reduzindo danos	NASF, ESF, saúde mental. Busca apoio do CERSAM AD	Buscar matriciamento na rede para habilitar os profissionais da UBS	Protocolo proposto na rede; Buscar conhecer serviço ofertado pelo CERSAM AD	UBS, espaços públicos disponíveis, grupo AA do território	De acordo com tempo dos grupos mensais de envelhecimento ativo
Efetivar a realização de grupos para pessoas idosas	Para promoção de hábitos de vida saudável e prevenção de perda da funcionalidade	NASF, Educador físico, ESF, Assistência Social, Saúde mental, Saúde bucal,	Realizar programação trimestral com definição de temas e responsáveis envolvidos.	Protocolos assistenciais, referências bibliográficas específicas para saúde do idoso	UBS, espaços públicos	Encontros quinzenais ou mensais
Realizar avaliação do estresse do cuidador da pessoa idosa	A fim de minimizar exaustão do familiar/cuidador envolvido, promover sua	ACS, Saúde mental, assistente social	Aplicar instrumentos /escala de avaliação de estresse e definir medidas necessárias, programado em visita	Escala, planilha de idosos da ESF, com devidos cuidadores e seu perfil já definido pela ESF	Domicílio ou em atendimento agendado na UBS	Contínuo, conforme agenda protegida

	saúde		domiciliar juntamente com o ACS			
Aproximar e compartilhar ações entre ESF e EMAD	A fim de qualificar assistência da ESF a pessoa idosa frágil	Gerencia providencia encontro para matriciamento de casos	ESF ou EMAD seleciona casos a serem discutidos - Programação para o matriciamento conjunto e estudo do caso	Planilha de acompanhamento do EMAD;	UBS, domicilio ou local a definir	Contínuo, conforme agenda protegida
Sensibilizar e capacitar ESF para Cuidados paliativos	A fim de qualificar assistência da ESF a pessoa idosa frágil	Gerencia busca apoio da gestão a fim de programar capacitação para ESF	ESF ou EMAD seleciona casos a serem discutidos - Programação para o matriciamento conjunto e estudo do caso	Planilha de acompanhamento do EMAD;	UBS, domicilio ou local a definir	Contínuo, conforme agenda protegida

Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, (2016) (adaptado pela pesquisadora)

ETAPA 2- FAZER

- Realizar as ações planejadas, implementando o “Plano de Ação”, envolvendo todos da equipe participante;
- Monitorar o progresso da assistência, coletando os dados previamente estabelecidos. Utilizar planilhas, livros de registro, prontuário eletrônico, ficha espelho da caderneta de saúde da pessoa idosa;
- Registrar efeitos e situações não previstas, bem como a percepção dos participantes em relação ao processo que está ocorrendo;

ETAPA 3- AVALIAR

- Em reunião de equipe semanal, aprofundar a análise dos dados coletados, comparando os resultados observados com os previstos na fase do planejamento (O que está ocorrendo de mudança corresponde àquilo que previmos quando determinamos as ações? Ou o observado diverge daquilo que imaginávamos?);
- Sintetizar o aprendizado que obtivemos até este momento. Essa síntese é fundamental para direcionar os ajustes necessários e para impulsionar o próximo ciclo de PDSA, sobre a assistência a saúde da pessoa idosa.

ETAPA 4- AJUSTAR

- Pensar e planejar as correções necessárias nas ações, realizar os ajustes para que se possa atingir os objetivos pré-estabelecidos de forma mais eficiente. As correções decorrem de ações percebidas como ineficazes na prática, de dificuldades encontradas no processo de implementação e das necessidades dos envolvidos no processo de mudança (usuários, profissionais, gestores, etc.); (PBH, 2016)
- Estabelecer novo planejamento a partir das correções necessárias, levando a novos planos de ação e iniciando, dessa forma, um novo ciclo de PDSA. Para o sucesso do ciclo de PDSA, é fundamental que se siga todas as suas etapas, procedendo os ajustes sempre que necessário.