



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REFLEXÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO
PRIMARIA À SAÚDE NA UBS MARIA DA LUZ EM JABOATÃO DOS
GUARARAPES (PE)**

ORLANDO GOMES LEITE

NATAL/RN
2021

REFLEXÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NA UBS MARIA DA LUZ EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

ORLANDO GOMES LEITE

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus por está presente em todos os momentos de minha vida; a meu Facilitador Pedagógico Ricardo Vieira de Melo pelas orientações e intervenções feitas durante o curso, dando um apoio incondicional.

Sou muito grato

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervenções realizadas no cenário de prática da Unidade Básica de Saúde Maria da Luz em Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: descrever o processo de organização dos registros clínicos e de evoluções a partir do contato entre o profissional médico e usuário; refletir sobre atenção a saúde da criança e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; e reconhecer as principais fragilidades dos idosos, bem como a importância da avaliação multidimensional deles. Percebe-se que o planejamento é uma necessidade do cotidiano, figurando enquanto um processo permanentemente compartilhado. A proximidade com o usuário traz a chance de se construir com ele a sua autonomia para enfrentamento dos problemas. Os profissionais de saúde devem estar atentos para os registros diários corretos de todos os preenchimentos no sistema de informações para facilitar o planejamento e a realização das atividades necessárias para promoção e educação em saúde na Atenção Primária em Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	07
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	11
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6. REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

Jaboatão dos Guararapes é um município de Pernambuco, região nordeste do país. Localizado na região metropolitana do Recife, situando-se ao sul da capital do estado, da qual está distante em cerca de 18km. Ocupa uma área de 258,7km², sendo que 23,6km² forma o perímetro urbano e os 233,7km² restantes, uma zona rural. Segundo a estimativa do (IBGE), em 2018, sua população era de 697.636.

O território de atuação fica na zona rural, com uma população de 3.616 pessoas e de 936 famílias. O município possui seis regionais, este território pertence a primeira regional. A ESF é composta por um médico, uma enfermeira e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As áreas temáticas escolhidas para intervenção foram relacionadas: aos registros clínicos feitos durante a consulta ao paciente, na assistência a ele prestada, discutindo a importância dos principais problemas e as necessidades prioritárias da população; ao processo de trabalho da equipe, refletindo sobre o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, que deve ser feito por meio da caderneta de saúde da criança, fazendo registros internos na UBS por meio de ficha espelho que contemple as informações necessárias para o adequado acompanhamento da criança para alcançar as metas do programa de melhoria de acesso e da qualidade da atenção básica; e à saúde do idoso, que depende da funcionalidade e não da presença de comorbidade, cuja prioridade não deve ser estabelecida pela doença, mas pela forma como ela está afetando o sistema funcional e comprometendo a autonomia/independência da pessoa idosa.

Portanto, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) contém três relatos de microintervenções no contexto da prática profissional que abrangeram descrições e reflexões sobre ações cotidianas de saúde, conforme as necessidades da população, consideradas a partir de prioridades, dos protocolos de cuidado, das diretrizes clínicas e da terapêutica relacionada.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

REFLEXÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS REGISTROS CLÍNICOS E DE EVOLUÇÕES NA UBS MARIA DA LUZ EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

Introdução

Uma boa forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com os seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, busquem a melhor solução que cada problema exige. Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), espera-se que os profissionais sempre estejam preparados e com disposição para agir de forma integrada.

Entretanto, os registros sobre o que foi feito durante a consulta ao paciente, na assistência a ele prestada, não são realizados de maneira dinâmica. A consequência desse fato é a baixa apreensão e compreensão da realidade, bem como dos principais problemas e das necessidades da população.

Nesta direção, é preciso se comunicar de maneira eficiente, tanto no binômio serviço-pessoa quanto no profissional-pessoa, através do contato face a face ou à distância, com telefone, e-mails, WhatsApp, entre outros. Nesse processo tem que se ver o modelo de consulta e a relação profissional-paciente. Portanto, o registro correto no prontuário do paciente é um dever do profissional de saúde.

Os objetivos desse relato foram descrever o processo de organização dos registros clínicos e de evoluções a partir do contato entre o profissional médico e o usuário; e refletir sobre aspectos importantes e sobre fragilidades observadas no cotidiano.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo e reflexivo sobre a organização dos registros de atendimento médico, no contexto da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Primária em Saúde, a partir de observações cotidianas na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz, no município de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco.

Resultados

A consulta é fundamental na prática clínica. É importante: escutar o paciente; deixar que ele relate o fato e o motivo da consulta. Saber ouvir e perguntar é o sucesso de uma consulta. Não se deve induzir a resposta. Deve-se fazer perguntas abertas ao paciente sobre as motivações que o trouxeram até a equipe. Afinal, não é o sintoma por si só que determina o

momento da consulta, mas o que o paciente sente com relação ao seu quadro, para que seja possível explorar, avaliar e ter um plano de tratamento.

Na falta de uma anamnese de dados e de informações, objetivas e subjetivas, não se identifica os fatores de risco, histórias progressas, condições limitantes, comprometendo toda a cadeia de raciocínio, bem como as fórmulas, hipóteses de diagnósticos e a realização de exames criteriosos.

Quando se encerra uma consulta não se deve deixar pendências ou dúvidas para que o plano terapêutico pactuado seja compreendido. Após o encerramento da consulta se faz necessário uma reflexão sobre a mesma, sendo esse o momento adequado para efetuar correções no registro do prontuário ou organizar uma espécie de memorando que possa ajudar nas próximas consultas. Para isso, deve-se fazer algumas perguntas-chave, tipo: O paciente saiu satisfeito? Fiz algo que não deveria ter feito? Quais dúvidas ficaram?

O prontuário tem, entre suas características, uma função de comunicação entre os profissionais que assumem o cuidado da pessoa em questão, entre diferentes serviços de uma mesma instituição e entre os níveis de atenção de um sistema de saúde com o usuário. Também possui um componente educativo e, ainda, registra o histórico científico e administrativo (para análise financeira, sendo base para os auditores). Deve-se utilizar esse documento como memória valiosa para os profissionais de saúde, além de instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado, bem como enquanto arquivo de dados-base das pessoas e das famílias.

Para tanto é recomendado a adoção do registro clínico orientado por problemas, identificando todos os agravos das pessoas e obrigando a relacionar cada problema com os restantes, orientando um raciocínio de um plano singular para cada situação, construindo um modelo que contém os dados dos usuários, desde o primeiro contato entre eles e a instituição.

Geralmente, no primeiro contato, registra-se: número do prontuário; nome completo; data de nascimento; endereço residencial; telefone para contato; alergias; antecedentes pessoais; antecedentes familiares; exame físico; data; assinatura; e carimbo. Já no segundo contato com o serviço, a base de dados pode construir o segundo modelo com lista de problemas previamente identificados. Tendo como problema um fato e não uma suspeita, o problema pode ser um sintoma, um sinal, uma síndrome, um diagnóstico, mas não é uma hipótese de diagnóstico.

É importante, que o registro reflita o que de fato se sabe sobre o problema no momento de anotá-lo, por exemplo: uma dor renal poderá ser uma infecção urinária, no segundo momento uma Pielonefrite Aguda e posteriormente um Cálculo Renal. Recomenda-se preencher os campos com identificação e data da solução, e os problemas devem ser enumerados por ordem cronológica ou de importância. Uma sugestão é a inclusão da lista de problemas na segunda página do prontuário impresso, pois facilita o acesso rápido a eles, tipo:

problemas; data de identificação; tipo ativo ou passivo; e comentários.

Outro elemento do registro clínico orientado por problema é a forma de registro das evoluções, sendo que o mais difundido é representado pelo acrônimo SOAP, onde suas letras são fixas, significando:

a) **S: Subjetivo** - o que a pessoa diz referentes as queixas ou sintomas (intensidade, frequências) utilize verbos que indique a situação da pessoa: descreve, relato, refere, indica e declara;

b) **O: Objetivo** - descreve-se tudo que possa comprovar (exame físico, resultado de exames e procedimentos). Os exames têm que ter data de realização anotada. É a única sessão que pode ser deixada de ser preenchida em uma consulta;

c) **A: Avaliação** - registro do processo de tomada de decisão clínica. Este processo inclui determinar o diagnóstico-problema e o prognóstico. É o espaço para o registro clínico;

d) **P: Plano** - explicita as decisões tomadas (exames solicitados, mudanças de medicações, referências a outros especialistas) ou a outro nível de atenção.

Tudo que envolve um plano terapêutico pode ser subdividido (o P) em:

a) **P-Diagnóstico**: exames e ou procedimentos solicitados que ajudarão a definir o diagnóstico;

b) **P-Terapêutico**: Indicações terapêuticas que visam resolver o problema tais como medicação, orientação dietética, mudança do estilo de vida, etc.;

c) **P-Monitoramento**: registro de indicadores e de exames coletado regularmente para o acompanhamento e controle da evolução (por exemplo: medida de peso diária, glicemia capilar pós-prandial, entre outros);

d) **P-Registro de Elementos**: O registro de recursos educativos que a pessoa deve receber para o manejo da doença ou da situação.

Um detalhe relevante é que no “A” do SOAP deve ser organizado a lista de problemas, sendo atualizada a cada consulta, independente se estão ou não registradas na lista principal. Na Atenção Primária em Saúde se utiliza muito a classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), que é um Sistema de Classificação de Problemas Clínicos que não está restrito apenas a classificação de doença, evitando, assim, diagnósticos precoces e equivocados.

O CIAP2 não substitui a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que é muito importante em relação à morbimortalidade. Ambas são fundamentais tanto na Coleta de Dados Simplificada (CDS) quanto nos registros no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), no sistema eletrônico de informação do Sistema Único de Saúde (e-SUS-AB).

Considerações finais

Conclui-se que o registro adequado é importante para que seja possível realizar o planejamento com dados da realidade populacional, inclusive com levantamento epidemiológico, levantando as necessidades imediatas e avaliação de risco. No entanto, para que se tenha efetividade, precisa ser acompanhado em tempo real utilizando o sistema de informação, que disponibiliza dados, produzindo informações capazes de gerar novas ações.

Percebe-se que o planejamento é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer a cada dia uma releitura da realidade. Deve-se evitar, portanto, que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado, em um determinado momento, não seja mais atualizado ou reorientado.

Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura proativa de proteção. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e a aprender.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA UBS MARIA DA LUZ EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ter os conhecimentos necessários para a realização de uma atenção centrada na organização das atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo um olhar da família, da equipe e da comunidade, por meio de entrosamento constante entre os diferentes profissionais. É necessário que a equipe sistematize um planejamento das ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável à realidade do usuário. E que esteja sensibilizada para a importância do preenchimento da carteira de saúde da criança por ser um documento norteador para acompanhar a saúde, o crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 9 anos de idade, contendo informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança, tanto para os familiares como para os profissionais.

O problema recorrente é que não se registra adequadamente o crescimento e desenvolvimento da criança no prontuário, nem na listagem do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) se há caso de gestante desnutrida e se é acompanhada e não é monitorada regularmente a criança de risco, não há uma orientação para os pais em relação à saúde dos filhos, no conteúdo biopsicossocial.

No acolhimento do recém-nascido nem sempre se orientam os critérios de risco da criança e nem as condições de vulnerabilidade presentes no conteúdo familiar.

O crescimento e desenvolvimento não são anotados na caderneta da criança, ela é distribuída gratuitamente para todas as crianças tendo versão para meninos (as), em função de suas de suas especificidades distintas no crescimento e desenvolvimento. Sendo um documento importante, não são registrados fatos significativos da saúde infantil, portanto dificultando a comunicação entre os profissionais inter e intra serviços.

A equipe geralmente não desenvolve ações sistemáticas, nem coletivas e nem individuais de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério. Sabe-se da importância do aleitamento exclusivo, devendo ser estimulado até os 6 meses de vida, pois diminui a morbidade e as taxas de mortes súbitas do lactante, reduz o risco de hospitalização, reduz o risco de asma, dermatite atópica, reduz obesidade, risco de hipertensão arterial, colesterol e diabetes.

O ideal é que estas ações aconteçam durante a consulta de pré-natal, e que as gestantes de baixo risco devem ser acompanhadas pela equipe para receber no mínimo uma avaliação odontológica pôr trimestre na gestação.

O profissional não orienta na impossibilidade de oferecer o aleitamento materno, utiliza a

fórmula infantil ou leite de vaca integral fluido em pó. Tem que orientar as mães quando as mamas estiverem cheias, para aliviar pelo processo manual e o método mais útil para a retirada do leite do peito. Orientar de maneira efetiva, exibindo um vídeo de como realizar esse procedimento com as gestantes ou mães em encontro coletivo.

A ESF deve divulgar e informar sobre a suplementação de ferro (6 meses a 2 anos) e vitamina A (6 a 59 meses); pois a anemia por falta de ferro e a hipovitaminose A nos primeiros anos de vida pode prejudicar o desenvolvimento físico e mental da criança. O que deve ser feito é desenvolver as ações educativas no território de todas as crianças sob sua responsabilidade, possibilitando o acesso e o comparecimento na UBS para fazer o acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento da criança.

O incentivo ao uso de *smarthphones* e *tablets*, é interessante, bem como algum aplicativo capaz de gerenciar cadernetas de vacinação tendo informação completa disponibilizada pelo SUS sobre as campanhas sazonais de vacinação.

Quanto as ações de alimentação, a ESF deve desenvolver resgate de hábitos alimentares locais de custo acessível e de valor nutritivo.

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança e já o desenvolvimento é amplo referindo-se a transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. O desenvolvimento da criança nem sempre é anotado na a caderneta de saúde da criança, e o crescimento e desenvolvimento deverão ser mostrados aos pais ou cuidadores.

Os objetivos desse relato foram: descrever as recomendações de organização da Atenção à Saúde da Criança, a respeito do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, a partir dos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; e refletir sobre aspectos importantes e sobre fragilidades observadas no cotidiano do serviço.

Metodologia

Trata-se de um relato descritivo e reflexivo sobre a Atenção à Saúde da Criança, especificamente em relação ao acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, no contexto da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Primária em Saúde, a partir de observações cotidianas na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz, no município de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco.

Foram utilizados como referencial teórico os Cadernos de Atenção Básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012; 2013).

Resultados

No processo de trabalho em equipe ninguém deve perder seu núcleo de atuação profissional específico, porém a abordagem dos problemas deve-se conhecer, compreender, tratar e controlar para ser uma responsabilidade compartilhada. O processo de cuidado se inicia

na maternidade por uma entrega orientada da caderneta de saúde da criança, a mãe de cada bebê, pois a caderneta serve de roteiro em toda sua linha de cuidado. A maternidade deve interagir com as equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) por meio de encaminhamento adequado.

Na APS, o que tem que ser feito é garantir a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da equipe para orientar os cuidados do recém-nascido e da mãe, ofertar ações programadas numa mesma data; consulta para mãe e recém-nascido, articulando a presença do pai, apoio ao aleitamento materno, imunização, coleta de sangue para o teste do pezinho que deve ser colhido do recém-nascido com 3 a 5 dias de vida, nas primeiras 24hrs de vida, o teste do olhinho e o teste do coraçãozinho, o exame de oximetria de pulso realizado na maternidade. O crescimento e desenvolvimento inicia no período intrauterino no pré-natal. Além disso, orientar que as equipes da maternidade devem articular com os profissionais da APS por ser considerada a principal articuladora da gestão do cuidado com a criança no território, em conjunto com a família e a comunidade.

Como processo de trabalho da equipe, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança deve ser feito por meio da caderneta de saúde da criança; é considerado como ação eixo na atenção primária da saúde. Deve-se fazer registros internos na UBS por meio de ficha espelho que contemple as informações necessárias para o adequado acompanhamento da criança, e metas do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Deve haver muito empenho a todos os profissionais para a construção do modo de opera as ações de saúde.

Outra coisa que a ESF tem que entender é que o acolhimento do RN deve ser orientado por critérios de risco e pelas distintas condições de vulnerabilidade presentes no contexto familiar e comunitário. Que a alimentação adequada e aleitamento materno é fundamental e que a equipe dê ênfase, e profissional de saúde não está preparado para orienta adequadamente.

Deve ser anotado na caderneta de saúde da criança os resultados de triagem neonatal, os exames no prontuário e ficha espelho alterados devem ser avaliados e encaminhados para os serviços de referência na rede de atenção à saúde da criança. Quando se faz as consultas da atenção primária deve abordar quatro itens fundamentais: deve-se dar atenção à queixa principal, revisar os problemas já apresentados e enfatizar a prevenção e a promoção e estimular mudanças de hábitos.

Já no desenvolvimento da criança a baixo de 1 ano de vida deve reforçar que a criança atravessa os estádios de forma sequencial, pois os estádios do desenvolvimento cognitivos são sequenciais. É importante acompanhar o desenvolvimento da criança entre um e três anos de vida; o planejamento é uma necessidade cotidiana em processo permanente, capaz de fazer a cada dia uma releitura da realidade evitando que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborados, em um determinado momento não seja mais

atualizado e reorientado.

Compõe esse processo de cuidado a disponibilização (oferta) e garantia de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1 semana, 1º mês, 2º meses, 4º meses, 6º meses, 9º meses e 12º meses), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º meses) e a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximo ao mês de aniversário. Quando for fazer a anamnese e exame físico, ver o comprimento ou altura do perímetro cefálico (este último até os 2 anos).

E como avaliar e classificar a criança de 0 a 2 meses de idade? Como avaliar o nascimento e o desenvolvimento de menor de 2 meses?

Identificar como essas crianças se situam nas ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada ao parto e ao RN no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para a prevenção de asfixia neonatal e das parteadas tradicionais.

O processo do cuidado se inicia na maternidade por uma entrega bem orientada da caderneta de saúde da criança, as mães de cada bebê, já que a caderneta deve seguir de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda sua linha de cuidado.

A proposta é que a primeira consulta ocorra na visita domiciliar que é uma das atribuições da ESF da atenção primária, devendo ser realizada não somente na semana da saúde integral, mas diante das necessidades identificadas.

Devendo lembrar que os resultados de triagem neonatal devem ser anotados na caderneta de saúde da criança.

Exames alterados devem ser criteriosamente avaliados e encaminhados para os serviços de referência na rede de atenção à saúde da criança.

Considerações finais

Uma linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança-adolescente e suas famílias em situação de violência, na fase inicial da vida, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento físico e mental, podendo gerar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva ao longo de sua existência.

Torna-se necessário uma maior integração entre os profissionais da saúde e de assistência social, com a educação, conselho tutelar, compondo uma articulação eficiente com a rede intergestora.

E os profissionais de saúde precisam estar atentos para o registro diário correto de todos os preenchimentos e atividades realizados. E lembrar que a vacina é um direito da criança e dever dos pais.

É fundamental que a Estratégia Saúde da Família possa identificar no território todas as crianças sob sua responsabilidade possibilitando que elas possam ter acesso e comparecer na UBS para fazer o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento da criança, bem como da dinâmica familiar e social, que se constitui em subsídios valiosos para o

planejamento, ao acompanhamento de ações e avaliação.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

REFLEXÕES SOBRE A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS MARIA DA LUZ EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

Introdução

Uma boa forma de organizar os serviços de saúde é compreender a abordagem centrada na pessoa idosa e entender algumas fragilidades que envolve essa fase, tendo sempre como pressuposto que todo usuário do serviço público deve ser centro das atividades. Deve-se ofertar serviços com qualidade, trabalhando em conjunto, reforçando o vínculo com a população e contribuindo para acessibilidade ao serviço, tendo como chave no atendimento ao idoso o modelo multidimensional. E entendendo a saúde como capacidade de satisfação das necessidades biopsicossociais independentemente da idade ou da presença de doenças.

Nesse sentido, um processo educativo informativo com o propósito de fortalecimento das ações voltadas para a promoção da saúde com a distribuição de cartilhas e folhetos, contribui para o treinamento dos agentes comunitário de saúde e dos profissionais da estratégia de saúde da família, no trabalho domiciliar, estimulando o idoso na adoção de comprometimento saudáveis, tendo cuidado com o risco ambiental que favorece a queda e que pode comprometer a capacidade funcional do idoso.

O envelhecimento saudável é uma resposta a mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda a fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida.

Nesta direção, a senescência é vista como o processo natural de envelhecimento, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. Em condições de sobrecargas como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requer assistência a sensibilidade (BRASIL, 2007).

O tratamento do idoso deve ser individualizado. E reconhecer as principais incapacidades do idoso, avaliar o idoso de risco, e sendo fundamental para um plano de cuidado, através do processo multidimensional do idoso.

O objetivo desse relato, através dessas reflexões, é contribuir para capacitar os profissionais de saúde da atenção primaria para aperfeiçoar o olhar e ações para um melhor acompanhamento ao idoso, orientando as práticas à saúde do idoso, assegurando o acesso progressivo de todos os residentes nas áreas cobertas pela equipe saúde da família, auxiliando os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira constituírem um sistema familiar mais harmônico e funcional.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiências descritivo e reflexivo sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, sobre a atenção à saúde da pessoa idosa, no contexto de

saúde família e da atenção primária em saúde, a partir de observações cotidianas na unidade básica de saúde Maria da Luz no município de Jaboatão dos Guararapes no estado de Pernambuco.

Resultados

A OPAS (2005, p. 8) define um envelhecimento como “*processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal não patológico, deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e portanto, aumente sua possibilidade de morte*”.

O profissional da atenção primária precisa aperfeiçoar as ações para acompanhar o idoso e ter cuidado adequado para promover as ações individuais e coletivas, que busquem novos processos de trabalho para a familiar.

O problema é que a maioria dos idosos que chegam na unidade de básica de saúde tem alguma comorbidade. E o que se deve ter em mente é procura a recuperação da funcionalidade do idoso, que é considerado saudável quando é capaz de realizar atividades, sozinho, independente e autônomo, mesmo que tenha doença (FARIAS; SANTOS, 2012).

A saúde do idoso depende da funcionalidade e não da presença de comorbidade. A prioridade não é estabelecida pela doença e sim pela forma como ela está afetando os sistemas funcionais e comprometendo a funcionalidade da pessoa idosa. Um idoso saudável como a capacidade individual de realização das aspirações e satisfação das necessidades, independe da idade e da presença ou não de doença (FERREIRA et al., 2012).

Quando se pensa em qualquer intervenção, tratamento ou exame, há de se considerar a funcionalidade do idoso com a intervenção realizada.

O declínio funcional do idoso segue uma hierarquia iniciando pelas atividades diárias mais complexas (Avançadas, instrumentais), até comprometer o alto cuidado da atividade diária.

Para que o idoso tenha saúde é preciso ter a funcionalidade desempenhar as atividades diárias de maneira independente. Para isso utiliza-se quatro domínios: Cognição Humor, Mobilidade, Comunicação; o componente desse domínio leva a grandes síndromes geriátricas.

A perda funcional nunca será normal da idade. Se o idoso deixou de fazer algo que fazia antes é preciso ser investigado pelo médico, que as vezes preocupados com as doenças crônicas não dá atenção aos domínios que foram responsáveis pela perda funcional, afim de intervir melhorando sua funcionalidade.

A fragilidade é o termo usado para representa o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos a diversos. O idoso frágil apresenta a reserva homeostática mais vulnerável as reações a diversas, as drogas, procedimentos invasivos e intervenções. O modelo de fragilidade engloba todos os aspectos de fragilidade: componente clinico e componente familiar (PARANÁ, 2017).

A fragilidade sócio familiar constitui a principal instituição cuidadora de idosos dependentes, assumindo todo cuidado de longa duração. A insuficiência familiar representa perda da capacidade da família de prover os cuidados de suporte de apoio ao idoso, por falta de condições. Tudo isso é observado no dia a dia na unidade básica de saúde.

O foco da intervenção é manutenção da autonomia e independência do indivíduo, através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças.

O idoso em risco de fragilidade ainda é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas pode apresentar condições crônicas de saúde capazes de gerar eventos adversos que, se não trabalhados adequadamente, podem levar a uma dependência funcional. A sarcopenia e as comorbidades múltiplas (Polifarmácia, Polipatologia e história de intervenção recente) são fatores que colocam o idoso em risco de fragilização.

Idosos frágeis são os que já apresentam o declínio funcional estabelecidos, necessitando de auxílio para atividades diárias (instrumentais e ou básicas). O foco dessa intervenção autônoma independente do indivíduo.

A classificação clínico funcional é muito importante para a tomada de decisões de tratamento ou propeleutic. O idoso robusto em risco de fragilização ou com fragilidade estabelecida pode ser estratificado através de uma pontuação de acordo com a funcionalidade:

- Idoso robusto (pontuação 1,2,3);
- Idoso em risco de fragilização (extrato 4,5);
- Idoso frágil (pontuação 6,7,8,9,10).

Ele pode ser representado por uma escala visual de fragilidade (EVE) de grande utilidade na atenção primária, que permite avaliação e o acompanhamento longitudinal, com definição de metas terapêuticas e priorização das necessidades (MORAIS; LANNA, 2014).

Existe uma hierarquia na perda funcional. O processo de avaliação multidimensional do idoso é fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidado. O idoso de estrato 10 é aquele que já não conseguiu mais comer sozinho classificado como idoso em cuidado paliativo ou em fase final de vida.

O instrumento de triagem clínico funcional utilizado na caderneta da pessoa idosa é o Vulnerable Elders Survey (VES-13), capaz de verificar o idoso vulnerável residente na comunidade com ênfase nos componentes biofisiológicos, como idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacitantes (MORAIS; LANNA, 2014).

O índice de vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20) foi desenvolvido e validado no Brasil a partir do VES-13. É um instrumento simples e rápido de aplicação (5 a 10 minutos) que tem a vantagem de ser multidimensional, ou seja, de fazer a avaliação panorâmica do idoso, não só identificando o idoso de risco, mas focando o atendimento para as alterações observadas. O VES-13 pode ser aplicado pelo agente comunitário de saúde no território e o

IVCF-20 seria uma extensão do VES-13. O fato de exigir métrica torna necessário o treinamento dos profissionais. Porém o IVCF-20 permite uma avaliação multidimensional e inicial.

A consulta é fundamental na prática clínica. É importante escutar do paciente para deixar que ele relate o fato e motivo da consulta. Na abordagem, geralmente o médico fica focado apenas em uma queixa principal. Tem que ser observada a funcionalidade preservada e o desempenho das atividades diárias de maneira independente (MORAIS; LANNA, 2014).

Todas as ações vão se basear no estrato que este paciente se encontra e não na idade, porque pode-se ter paciente da mesma idade, mas em estratos diferentes.

É importante ter conhecimento acerca das doenças crônicas presentes e descreve-las nos planos de cuidados.

Portanto quando se constrói um plano de cuidado devem ser feitas as seguintes perguntas: Quais são os problemas do paciente presente (o quê)? Quais são as intervenções responsáveis pela melhora de sua saúde (como)? Quais as justificativas pra sua mudança (por quê)? Quais os profissionais necessários (quem)? e quais os equipamentos de saúde são necessários para implementação das intervenções (onde)?

A macrogestão deverá ter como meta a elaboração de um plano de cuidado individualizado, pois as metas de controle da hipertensão arterial no idoso estão diretamente relacionadas ao estado clínico funcional em que o idoso se encontra.

Deve-se considerar, também, que a população idosa está mais vulnerável a hipoglicemia, que é diretamente proporcional ao grau de fragilidade clínico funcional das metas glicêmicas.

Outro aspecto importante é que se deve observar a possibilidade de eventos adversos com o uso de alguns medicamentos. Já a iatrogenia pode ser deletéria potencializando o risco de quedas, tremores e outros efeitos que contribui, inclusive, para o prejuízo emocional.

Considerações finais

Conclui-se que a metodologia de avaliação hierarquizada resgata a importância de sempre se realizar uma avaliação multidimensional do idoso mesmo que a duração da consulta seja limitada, de forma a fortalecer a importância feita por todos os profissionais de saúde.

Percebe-se que, tão logo seja feito o planejamento, inicia-se, em seguida, a fase de implementação do plano de cuidado, através da utilização de todos os recursos disponíveis, tanto do sistema de saúde quanto da comunidade. Deve-se buscar manter a integralidade e longitudinalidade do cuidado, com a vinculação e responsabilidade dos profissionais do sistema de saúde e do usuário/família.

Outro fator relevante é a realização de atenção domiciliar às pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para atividade de vida diária e que não podem se deslocar até unidade básica de saúde.

Por fim, considera-se que o envelhecimento é um processo sequencial, intencional, acumulativo e irreversível. E que a senescência é um processo natural do envelhecimento, de distribuição progressiva da reserva funcional do indivíduo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir dessas observações, que o itinerário formativo proporcionado pelo curso teve importância para contribuir com a qualidade da atenção e da assistência à saúde identificando as necessidades de intervenções, influenciando os processos de saúde-doença do indivíduo, da coletividade e da comunidade.

Percebe-se que, no trabalho em equipe, ninguém se perde no seu núcleo de atuação profissional específico, porém a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão.

Outro fator relevante são os critérios orientados diferenciando situações de atendimento imediato daquele programados, enquanto recursos para registro de tudo que a Estratégia Saúde da Família desenvolve na iniciativa para estimular o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado e da responsabilidade por parte dos usuários. Salienta-se, que os serviços devem ser disponibilizados sem restrição de horários, por ciclos de vida e estratificados por patologias de grupos populacionais específicos.

Por fim, considera-se que as microintervenções feitas durante o curso foram de grande valia para a organização das ações e serviços de saúde e planejamento em saúde; organizando os grupos de educação e de promoção de saúde, intersetoriais, para o enfrentamento dos problemas identificados, como ações educativas e de convivência com os hipertensos e diabéticos.

Percebe-se que conhecer, compreender e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada, que a aproximação com o usuário traz a chance de construir com ele, a autonomia possível para enfrentamento dos seus problemas, estabelecendo-se um novo projeto pedagógico, com o potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

MORAES, E.N.; LANNA, F.M. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Ed. Folium, 2014.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2017.