

# DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL, PARANÁ

**Alan Diego de Jesus Portela<sup>1</sup>; Bruna Emilia Mareco de Almeida<sup>1</sup>; Danieli Cristina Scalco<sup>2</sup>; Estefany Bahnert<sup>3</sup>; Rafaela Zulmira de Oliveira Moraes<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Residente Multiprofissional em Saúde da Família - Enfermagem, Escola de Saúde Pública Municipal (ESPM), Cascavel, Paraná.

<sup>2</sup>Preceptora em Enfermagem, Escola de Saúde Pública Municipal (ESPM), Cascavel, Paraná.

<sup>3</sup>Enfermeira, egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), Cascavel, Paraná.

<sup>4</sup>Assistente social, egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Comunidade Terapêutica Movimento para Libertação de Vidas (MOLIVI), Cascavel, Paraná.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado de Seguimento. Atenção Primária à Saúde. Atenção Integral à Saúde.

**ÁREA TEMÁTICA:** Saúde Coletiva.

**DOI: 10.47094/IICONRES.2022/15**

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS), compreendendo o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. Além disso, trabalha com território definido e população adscrita, o que permite o planejamento e a programação de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, impactando os condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades daquele espaço, à medida que estimula o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A assistência à saúde da pessoa idosa é complexa, pois envolve diversos determinantes como autonomia, independência, segurança, funcionalidade familiar, doenças crônicas, uso de diversos medicamentos, vulnerabilidade social e limitações físicas e/ou mentais. Dentre muitos dos preceitos e competências dos agentes envolvidos no cuidado da pessoa idosa propostos pelo Ministério da Saúde (MS) em suas orientações para implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa, destacam-se a necessidade de se conhecer, monitorar, acompanhar e avaliar esses determinantes, considerando a capacidade funcional desse público e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento.

Assim, a Unidade de Saúde da Família Parque Verde, localizada na região oeste do município de Cascavel, Paraná, conta com duas equipes de Saúde da Família (eSF) e atende uma população estimada em 6.731 pessoas, sendo 1.182 (17,57%) a parcela com mais de 60 anos. Esse número expressivo causa preocupação na equipe de saúde, principalmente pela exigência de cuidados e alta dependência do serviço, tendo em vista o grande escopo de atividades já realizadas pela APS, demandando melhoria contínua dos processos de trabalho para torná-los mais eficientes e resolutivos.

Diante desse cenário, os residentes e preceptorado Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) atuante na USF desenvolveram um instrumento para auxiliar no acompanhamento da saúde dessa população, facilitando a visualização e o manejo dos dados necessários, focado na integralidade do cuidado e na avaliação multidimensional das pessoas idosas, colaborando para a construção e implementação dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS).

O objetivo deste estudo é descrever o desenvolvimento desse instrumento desenvolvido para o gerenciamento da saúde da população idosa acompanhada pela USF, otimizando o trabalho multiprofissional e considerando os determinantes no processo de envelhecimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de relato de experiência desenvolvido pelos residentes e preceptora do PRMSF, através da descrição de um instrumento elaborado no período de novembro de 2021 a março de 2022, com o intuito de acompanhar e monitorar população idosa cadastrada na área de abrangência da USF, considerando a integralidade do cuidado.

O instrumento é uma planilha digital compartilhável dos serviços *Google® Workspace*, disponibilizada gratuitamente na internet, formada por 58 colunas, divididas entre si de acordo com o tipo de dado e direcionamento lógico do preenchimento. Algumas colunas estão configuradas com regras para o preenchimento, evitando erros ou perda de dados, e funções para preenchimento automático, com o objetivo de agilizar o processo de digitação. A planilha vem sendo implementada e adaptada ao longo do período, conforme a equipe de saúde percebe a necessidade de inclusão ou exclusão de informações pertinentes para o cuidado continuado.

Cabe destacar que para execução deste trabalho, foram atendidas as normas dispostas nas Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) visto que se trata de um relato de experiência reflexivo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A planilha é um instrumento auxiliar utilizado no gerenciamento de enfermagem da equipe multiprofissional com vista ao acompanhamento da saúde dos idosos no território da USF Parque Verde. Foi organizada de maneira que contemple os vários aspectos relacionados à saúde do idoso e considerando as necessidades percebidas pela equipe multiprofissional na rotina de atendimentos, conforme a frequência em que aparecem. Dessa forma, algumas escalas ou escores já estabelecidos

e utilizados nos serviços de saúde foram considerados para classificação/estratificação de risco de acordo com a condição do idoso.

A planilha possibilita o fácil acesso e uso por todos os membros da equipe de saúde. Os dados incluem a identificação do idoso por meio do registro do nome, data de nascimento, código do prontuário eletrônico, sexo, idade, raça/etnia, endereço, telefone e se possui algum plano de saúde privado. As informações sócio-familiares incluem o estado civil, escolaridade e existência de cuidador (a).

Após, são identificadas e detalhadas algumas doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência na população de interesse, a saber, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). No caso da HAS, são registrados os dados de classificação de risco com data, medicamentos em uso e um campo para informações complementares. Para o DM, é descrito o tipo, estratificação de risco com data, uso de insulina, uso de glicosímetro cedido pelo município, número de testes diários de glicemia capilar e rastreamento de neuropatia diabética com classificação de risco utilizando o Sistema do Pé Diabético (SISPED).

Dentre os escores relacionados à estratificação de risco envolvidos no cuidado longitudinal, com relevância maior quando se trata de atendimento multiprofissional, estão a escala de avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar, haja visto que alguns idosos encontram-se domiciliados ou acamados; o questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), que considera a adesão medicamentosa e as barreiras existentes para uso adequado dos medicamentos, fato importante devido uso frequente de cinco ou mais medicamentos para tratamento de comorbidades; e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), que aborda fatores como a idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades para determinar o risco global envolvido com os processos de senescência e/ou senilidade.

O acompanhamento multiprofissional é registrado com as informações referentes ao número de consultas médicas e de enfermagem realizadas e programadas, conforme estratificação de risco, visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da eSF e rede de cuidado compartilhado (encaminhamento para outros serviços da rede de atenção municipal). Os dados são colhidos nas visitas domiciliares dos profissionais de enfermagem ou agentes comunitários de saúde (ACS), ou utilizando os registros multiprofissionais do prontuário eletrônico.

Dessa forma, a gestão do cuidado longitudinal considera as condições de saúde da pessoa idosa e seus vários determinantes, envolvendo equipe multiprofissional e conhecimentos interdisciplinares na organização dos processos de assistência qualificada, conforme as linhas guia de atenção à saúde e protocolos estabelecidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento e implementação da planilha ficou mais fácil gerenciar e analisar o volume de informações que são necessárias para alcançar a integralidade do cuidado das pessoas idosas. Com a possibilidade do acesso simultâneo por todos os membros das equipes, ficam garantidas

agilidade, diminuição dos erros e perdas na hora do registro e a segurança dos dados cadastrados. Nessa perspectiva, a planilha figura-se como um instrumento versátil e adaptável às necessidades das equipes, tendo como base o empenho dos profissionais em mantê-la atualizada, de forma fidedigna e demonstrando a realidade da população assistida. Das dificuldades encontradas, destacam-se a falta de espaço necessário na rotina profissional para manter o instrumento atualizado e as habilidades limitadas no uso de ferramentas digitais por alguns membros da equipe.

## **PRINCIPAIS REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2018.

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