

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

LESLY LIDIANE LEDEZMA ABASTOFLOR

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO: IMPLEMENTAÇÃO DE
ESTRATÉGIAS PARA RESPONSABILIZAÇÃO COMPARTILHADA A UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL

CAMPO GRANDE - MS
2022

LESLY LIDIANE LEDEZMA ABASTOFLOR

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO: IMPLEMENTAÇÃO DE
ESTRATÉGIAS PARA RESPONSABILIZAÇÃO COMPARTILHADA A UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação de Dr. Alexandre Alves Machado.

CAMPO GRANDE - MS
2022

DEDICATÓRIA

Ao se pensar a respeito dos idosos, em situação de vulnerabilidade, surgiu uma ideia a qual planejei, avaliei e executei no formato deste projeto. Assim, dedico este trabalho a todos os idosos, os já atendidos e os que ainda atenderei, e, que essa pequena contribuição possa impactar de alguma forma, oferecendo à pessoa idosa e a sua rede de suporte social (quando houver), isto é, familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e as diversidades do envelhecer.

AGRADECIMENTOS

Expresso gratidão eterna a minha família de origem e a minha família constituída, que sempre foram rede de apoio forte, como também, fonte de acolhimento durante minha jornada discente e minha jornada profissional.

Agradeço ao meu tutor, Alexandre Alves, que de maneira incrível e afetuosa sempre esteve acessível no percurso desse trabalho, agradeço com profunda admiração pelo seu profissionalismo.

Aos meus colegas de sala que me ensinaram a ter um olhar ampliado, sobre os diferentes níveis de atenção, e compartilharam comigo angústias, desafios e muitas conquistas nessa caminhada. Estar com vocês durante esta jornada me tornou alguém melhor.

Agradeço à minha equipe de saúde na família da Unidade de Saúde da Família Rochedinho que abraçaram esse projeto de maneira incrível.

Gratidão à, uma das pessoas que mais admiro na área de saúde do idoso, Neiva Daghner, não apenas pelo apoio e encerramento da intervenção por meio da SES (Gerência de saúde do Idoso), mas, principalmente, por ser uma das profissionais mais éticas e comprometidas com seu projeto ético político profissional da nossa categoria.

Em suma, agradeço aos idosos do nosso território, motivo de todo o interesse em criar este projeto e transformar a realidade do nosso território de atuação.

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens, mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem. — MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592). Ensaios. “Da semelhança dos pais com os filhos”. Trad. Sérgio

Milliet

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO: IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA RESPONSABILIZAÇÃO COMPARTILHADA A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL

ABASTOFLOR, L. L. L. **Atenção primária à saúde e saúde do idoso: implementação de estratégias para responsabilização compartilhada a uma equipe de saúde da família na zona rural.** Orientador: Alexandre Alves Machado. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

leslylidiane@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A atenção primária a saúde é referência em relação ao primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, sobretudo os idosos. Este público, em virtude das especificidades do envelhecimento, demanda de uma assistência integral e planejada de acordo. Sendo assim, o uso de instrumentos como o Índice de vulnerabilidade clínico-funcional-20 – IVCF-20 desempenha um importante papel na assistência. **Objetivo:** fortalecer a atenção à saúde da pessoa idosa por meio de compartilhamento de saberes, práticas colaborativas, educação em saúde entre a equipe. **Materiais e método:** projeto de intervenção foi realizado em uma Unidade Saúde da Família de Rochedinho (USF), distrito da cidade de Campo Grande (MS). A população da intervenção foi composta pela equipe de saúde atuante na unidade. A metodologia utilizada é baseada no “Arco de Manguerez” para definição do problema e intervenção. **Resultados:** Participaram da intervenção nove profissionais com atuação interprofissional. E ao desenvolver as etapas, verificou-se que a unidade de saúde possuía um quantitativo de idosos sem vínculos familiares ou com vínculos fragilizados considerável e que várias ações intersetoriais e linha de cuidado integral, muitas vezes, ultrapassam a autonomia da unidade de saúde. Além de que, conforme o tempo vai passando, o processo de envelhecimento traz demandas específicas que requerem preparo para o seu manejo. **Considerações finais:** Com a intervenção foi possível observar a importância de trabalhar com a equipe de saúde a utilização de ferramentas que possam organizar e direcionar a assistência ao idoso, sobretudo no uso de metodologia ativas de ensino-aprendizagem na educação permanente na APS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Saúde do Idoso. Metodologia Ativa. Interprofissionalidade.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO	14
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO: APÊNDICE A – Índice de vulnerabilidade clínico-funcional-20 – IVCF-20 ...	25
APÊNDICE B – Avaliação do projeto.....	26

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem sido discutida, internacionalmente, desde meados do século XX. Sua concepção parte do relatório Dawson, de 1922, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (MENDES, 2015; MELO *et al.*, 2018).

A partir de então muitos movimentos colaboraram de alguma forma, para a institucionalização da APS. Um marco foi a “Conferência Internacional de Alma Ata”, na década de 70, que influenciada pelo cenário político e econômico dos países, propôs que os cuidados primários em saúde fossem o elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social. Sendo assim, definiu a APS como: “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (MENDES, 2015).

A APS difere de outros níveis de atenção, seu foco se dá em enfermidades comuns e menos definidas, no qual o acesso é direto a uma fonte e continuado ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de ações de prevenção (STARFIELD, 2002). A mesma autora resume os princípios da APS em quatro características ou atributos essenciais, isto é, acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, e mais três derivados: orientação familiar, comunitária, e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, as primeiras experiências com a APS, ocorreram na metade do século XX. É interessante destacar, por exemplo, que, no país, a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), um nome ilustradamente sugestivo. Desde 1990, por meio da Constituição de 1988, a saúde foi definida como “direito de cidadania” e criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, em sua principal finalidade era implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária que estava ocorrendo no país. Nesse período, sentiu-se a necessidade de construir um novo modelo assistencial que se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (MENDES, 2015; MELO *et al.*, 2018).

Dessa forma, desde 1994, o PSF tem se tornando a principal estratégia para a ampliação do primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e de mudança do modelo assistencial. No entanto, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família e foi enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, e, posteriormente, revisada em 2011 e 2017 (PINTO; GIOVANELA, 2018). A PNAB caracteriza a atenção básica como: um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade, a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da APS (BRASIL, 2017).

Esta política preconiza que as equipes que atuam nas unidades básicas de saúde da família sejam compostas por; médico, preferencialmente, especialista em medicina da família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente, especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente, especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Estabelece (ainda) que as equipes trabalhem em áreas geográficas estabelecidas e com a população pertencente a cada área, sendo preconizado em torno de 2.000 a 3.500 pessoas no território por equipe, podendo o número aumentar em decorrência do risco e vulnerabilidade social da população da área de abrangência (BRASIL, 2017).

Todavia, ocorreram algumas mudanças datadas na nova formulação de 2017, destacando-se: estimulação da relativização da cobertura universal, segmentação do acesso ao cuidado com possibilidades de recomposição das equipes, a desvinculação das equipes dos territórios, a desqualificação do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de reorganização do processo de trabalho, permitindo aos gestores municipais maior autonomia (COSTA *et al.*, 2020).

Tem-se, na APS, a garantia de acesso aos cuidados de saúde pautados no princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto esse princípio ainda não foi visto em sua totalidade por parte da população brasileira, em particular, à população residente em áreas rurais. As populações rurais, consideradas população do campo, são definidas pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

(PNSIPCF) como; aquelas que possuem seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados, majoritariamente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, o extrativismo e a agropecuária (BRASIL, 2013).

A PNSIPCF¹ visa: atender às necessidades de saúde; melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população rural. Ela apresenta uma certa dependência dos serviços públicos de saúde e baixa vinculação aos planos de saúde, entretanto, suas necessidades de saúde seguem a linha de cuidados já dispensados às demais, como a população urbana. Desse modo, torna-se relevante destacar nas ações dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto: a valorização da integralidade do cuidado; as especificidades do território e da população e seus determinantes sociais e econômicos (LIMA *et al.*, 2019).

A produção científica brasileira em Enfermagem, sobre a temática saúde da população rural, observou que umas das temáticas frequentes nas publicações estavam relacionadas ao envelhecimento da população nesse ambiente e as implicações para a saúde do idoso. Ele identificou que os idosos rurais estão mais susceptíveis a condições clínicas agravantes, e que frequentam menos os serviços de saúde comparados aos idosos que residem em zona urbana, fato este justificado pelos fatores ambientais aos quais estão expostos e devido ao acesso à saúde ser mais difícil.

Sendo assim, observa-se que, o processo de envelhecimento no meio rural é caracterizado por demandas específicas oriundas do contexto da população, as quais requerem de um planejamento especial de saúde aos idosos que habitam nessas áreas, garantindo-lhes os princípios e atributos do SUS e sobretudo da APS, como integralidade da assistência, da promoção da saúde e da prevenção de agravos (SILVA *et al.*, 2020).

O crescente envelhecimento populacional ocorrido nas últimas décadas, decorrente da diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, tem ocasionado o aumento da expectativa de vida, com isso já é possível prever alterações no formato da pirâmide etária, com um significativo estreitamento de sua base e alargamento do ápice, sugerindo o crescimento da população idosa, conforme Figura 1 (abaixo). Com isto, o processo de envelhecimento tem sido um dos maiores desafios para as entidades governamentais, especialmente, no âmbito da promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2021).

¹ Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.



Figura 1: Projeção da pirâmide etária brasileira para o ano de 2050, segundo o IBGE
Fonte: IBGE, 2021.

No Brasil, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003), definiu como idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais, e em seu Art. 8 assevera que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção é um direito social. Assim, é de suma importância que profissionais de saúde prestem um cuidado de qualidade à pessoa idosa, iniciando pela: sua identificação no território; levantamento de seu contexto de vida; os fatores multidimensionais que determinam sua capacidade; relações familiares e comunitárias; atividades produtivas; recreativas e de participação social (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a atenção à saúde da pessoa idosa, na APS, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diversos fatores, tais como: ambiente onde o idoso vive (condições de moradia); a história clínica (aspectos biológicos, psíquicos; funcionais; exame físico e aspectos sociais; visando a promoção da saúde do idoso; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa e a identificação de agravos e recuperação da saúde no idoso (BRASIL, 2003).

Para que isso ocorra, de forma sistematizada, o profissional de saúde pode realizar a avaliação clínico-funcional, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), instrumento desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde do idoso, para rastrear a fragilidade da pessoa idosa. O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do instrumento *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) e de outros

instrumentos de triagem rápida (MORAES *et al.*, 2016; SALIBA *et al.*, 2001). Este auxilia tanto na avaliação do risco como no manejo clínico do idoso, podendo ser aplicado por qualquer profissional da equipe da APS, no entanto, é preciso que sejam capacitados e autorizados pelos órgãos competentes (SBIBAE, 2019).

É um instrumento simples e com aplicação com tempo que varia de 5 a 10 minutos, e avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária (AVD) (03 AIVDs e uma atividades básicas de vida diária - ABVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por algum familiar/cuidador. São consideradas também algumas medidas, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 04 metros (SBIBAE, 2019).

Após a identificação e rastreamento do risco, propõe-se a utilização da estratificação de risco do idoso, que se dá mediante a combinação das avaliações sendo: IVCF-20, avaliação clínica tradicional, avaliação sociofamiliar e detalhamento das AVD. Dessa forma, conforme o resultado que o idoso apresentar nas avaliações citadas, será sua estratificação de risco, que ocorre por meio da Escala Visual de Fragilidade. Esta avalia a capacidade funcional, representando o grau máximo e mínimo de vitalidade (capacidade intrínseca) e de fragilidade (vulnerabilidade), classificando o idoso em: dez estratos, ou categorias clínico-funcionais do processo de envelhecimento. Os dez estratos ou categorias clínico-funcionais são agrupados em três grandes grupos de idosos: idoso robusto (estratos 01 a 03), em risco de fragilização (estratos 04 e 05) e frágil (estratos 06 a 10) (SBIBAE, 2019).

Sendo assim, é imprescindível que os profissionais de saúde da APS, sobretudo, aqueles que atuam em regiões rurais, identifiquem a população idosa, que conheçam e utilizem os instrumentos que identifiquem as necessidades e peculiaridades dessa população, para que ocorra a oferta de uma assistência de acordo com as reais demandas da população.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Fortalecer a atenção à saúde da pessoa idosa por meio de compartilhamento de saberes, práticas colaborativas, educação em saúde entre a equipe da USF Rochedinho (Campo Grande – MS).

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os idosos frágeis do território para organização da atenção à saúde com base na multidimensionalidade, de forma racional, eficiente e em consonância com as necessidades de saúde dessa população;
- Destacar as potencialidades e fragilidades existentes na rede de atenção à saúde do idoso;
- Qualificar a equipe USF para atender às necessidades específicas da população de estratificação de risco;
- Analisar o(s) motivo(s) de toda equipe interprofissional utilizar o instrumento IVCF-20 e o plano de cuidado dos idosos no processo de trabalho da USF;
- Realizar educação em saúde para ampliar as discussões e conceitos sobre envelhecimento entre os profissionais.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

O percurso da intervenção tratou-se de um projeto de intervenção, que surgiu por meio da necessidade de abordar a avaliação multidimensional do idoso, a partir da realidade vivenciada por servidores da Unidade Saúde da Família de Rochedinho (USF), localizada em Rochedinho, distrito da cidade de Campo Grande (MS).

A USF possui uma equipe com estimativa de três microáreas de abrangência e duas áreas descobertas, com horário de atendimento das 07h:00 às 16h:00 de segunda a sexta-feira. A população cadastrada é de 1.230 usuários, sendo os usuários ativos 150 e o número de idosos cadastrados é de 43 usuários. Quanto a população idosa no Estado de Mato Grosso do Sul, corresponde a 384.247, 9,5% da população total. Sendo, 108.062 (48,5%) idosos do sexo masculino e 206.909 (51,5%), idosos do sexo feminino. A expectativa de vida no Estado é de 80,1 anos (CAB,2021).

O público-alvo foram os nove profissionais atuantes na unidade, sendo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, gerente da unidade de saúde, auxiliar administrativo e auxiliar de saúde bucal. Para tanto, as atividades foram planejadas, executadas e avaliadas no período de novembro de 2021 até abril de 2022. Todas as atividades foram realizadas na USF e coordenada por essa discente.

Para iniciar o planejamento das ações e o cronograma de atividades, o primeiro passo foi o de sensibilização e justificativa para a chefia imediata. Como a chefia controla os indicadores do território e é responsável por encaminhar relatórios, laudos e pareceres dos idosos foi relativamente fácil ter o aceite da intervenção, pois, é de conhecimento dela. Imediatamente foi disponibilizado alguns calendários de reuniões de equipe dos próximos meses e inserida as atividades na programação.

Após o aceite da chefia imediata, procedeu-se a buscar parcerias institucionais que tivessem uma trajetória relevante no trabalho com direitos das pessoas idosas, foi feito o convite a gerente técnica de saúde do idoso da Secretaria de Estado de Saúde (SES) por meio da Diretoria- Geral de Atenção à Saúde – Coordenadoria de Atenção Primária Sra. Neiva Cristina Barbosa Dagher de Figueiredo que, prontamente, se disponibilizou a apoiar a iniciativa no planejamento e execução das ações.

Após reunião de planejamento, foi relatado pela gerente técnica que um dos grandes desafios do Mato Grosso do Sul para os próximos anos seria a “Avaliação Multidimensional do idoso”, pois a rede, em breve, utilizará esta escala como critério de admissão e serviços, programas e projetos além de contribuir para a tomada de decisões. Importante ressaltar que, a unidade já realizava estas avaliações, porém, não era por toda a equipe e não era digitado, como procedimento no PEC. Ficou-se acordado que, a gerência técnica encerraria as atividades do projeto de intervenção e no último encontro da equipe seria feita uma oficina com o tema; “Saúde da Pessoa Idosa”.

A escolha do problema central se deu em um momento em que a demanda de atendimento a idosos vulneráveis vêm crescendo ao longo dos anos nesse território e hoje compreende a maior parte dos pacientes atendidos na unidade. A partir da definição do problema, uma intervenção foi refletida levando-se em consideração a Metodologia de Problematização das cinco etapas do Arco de Maguerz (Figura 2).

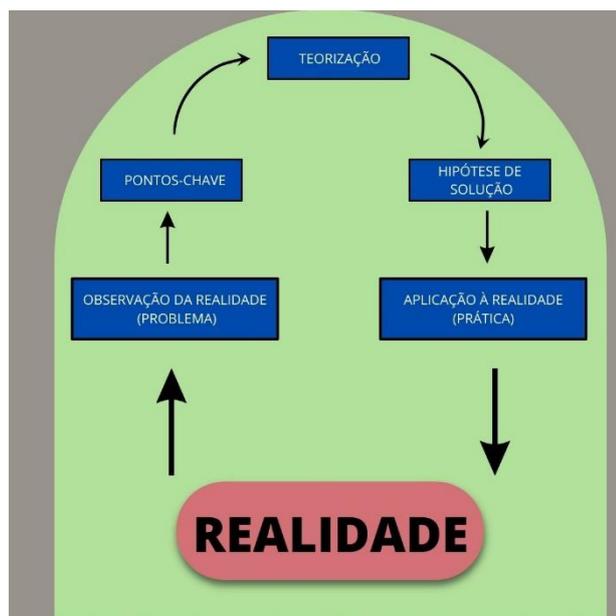


Figura 2: Esquema representativo do Arco de Maguerz²

O Arco de Maguerz é uma ferramenta muito utilizada na aplicação da Metodologia da Problematização, pois sistematiza o desenvolvimento dos processos de maneira

² Esquema representativo do Arco de Maguerz. Fonte: Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: percurso histórico e aplicações. disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/7/o-arco-de-maguerz-e-a-aprendizagem-baseada-em-projetos-na-educacao-em-saude>.

individualizada, considerando a realidade na qual se observou o problema. Assim, consegue-se atingir os objetivos de ensino e aprendizagem por meio das cinco etapas (observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade), o que fortalece a relação prática-teoria-prática no contexto da realidade social (FERREIRA, 2019, BORILLE *et al.*, 2012, CAUDURO *et al.*, 2017).

Ao se pensar no curto período e no direcionamento das ações, estabeleceu-se um cronograma para os meses de novembro a abril como demonstra a linha do tempo:



(figura 03)

Para refletir sobre os objetivos do projeto de intervenção, comparar o processo e mensurar a realização dos objetivos foi aplicada ao final do 5º encontro uma avaliação *on line* quantitativa por meio do *Google Forms*. A avaliação buscou averiguar se houve envolvimento da equipe técnica, se a metodologia escolhida contribuiu para mudanças positivas no processo de trabalho. Vale destacar que, foi aplicada somente uma avaliação na conclusão da intervenção cujas perguntas podem ser vistas no apêndice B.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

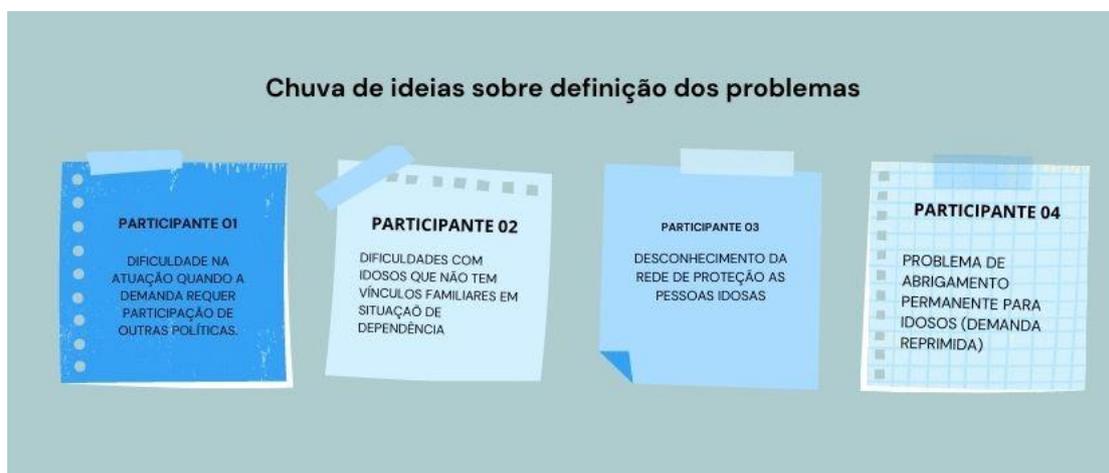
No que tange a participação da intervenção, destaca-se que participaram da intervenção nove profissionais de saúde da unidade escolhida. Sendo: médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, odontólogo, gerente da unidade de saúde, auxiliar administrativo e auxiliar de saúde bucal.

Ao desenvolver as etapas proposta pela metodologia escolhida, os resultados seguem descritos conforme as etapas do Arco de Maguerez.

A Primeira etapa: Observação da realidade/ definição do problema – Após a apresentação da proposta de intervenção aos participantes, bem como, dos objetivos do projeto, organizou-se o grupo para a realização da dinâmica de escolha dos principais problemas enfrentados na oferta de serviços à população idosa assistida pela equipe. Assim, foi realizada observação do contexto em que ocorreria o a intervenção, a fim de identificar a possível situação problema, com ênfase na assistência prestada aos idosos da região.

Para isso, foi aplicada a técnica *Brainstorming* (Tempestade de ideias), na qual os participantes, reunidos em grupo, lançavam ideias referentes ao que poderia se considerar como o principal problema na gestão e atuação dos serviços destinados às pessoas idosas na área de abrangência da unidade.

Os apontamentos foram registrados e apresentados pelos participantes. Analisando os problemas listados, observou-se que eles elencaram de forma consensual os principais problemas apresentados na figura 02:



(Figura 04).

Mediante reflexão, percebeu-se que a unidade de saúde da intervenção possuía um quantitativo de idosos sem vínculos familiares ou com vínculos fragilizados considerável. A equipe relatou que várias ações intersetoriais e linha de cuidado integral, muitas vezes, ultrapassam a autonomia da unidade de saúde.

Observou-se ainda que, conforme o tempo vai passando o processo de envelhecimento, por si só, vai trazendo demandas específicas que requer preparo para o seu manejo. De acordo com a equipe, os idosos com maior grau de dependência são os que trazem os maiores desafios.

Segunda e terceira etapas: conceitos-chave e teorização – Nos encontros para realização da segunda e terceira etapa, utilizou-se como metodologia a Árvore dos Problemas, método simples e de fácil manuseio, frequentemente, adotado em estudos e análises de estratégias gerenciais, de organizações e mesmo de setores públicos, que facilita a resolução de obstáculos nos processos e rotinas de trabalho porque analisa um problema do ponto de vista de suas causas, facilitando o desenvolvimento de possíveis vias de soluções eficientes.

A técnica se apresenta em um diagrama, que deve ser preenchido focando nas possíveis causas para o problema já definido, bem como, suas consequências. Os profissionais participaram e ao refletirem e discutirem, lançaram suas ideias, permitindo delimitar as possíveis causas do problema escolhido. A utilização dessa metodologia teve fácil adesão dos participantes e se apresentou exitosa em suas finalidades.

Nesse ínterim, foi realizada uma síntese do que foi observado na primeira etapa, de modo a realizar o levantamento dos conceitos-chave que pudessem justificar o problema apresentado, sendo os principais: a falta de capacitação, o desconhecimento da rede intersetorial (rede de proteção do idoso), a dificuldade de acesso às instituições específicas para o idoso, a dificuldade de reconhecer papéis de cada membro da rede de atenção integral ao idoso e o desconhecimento de ferramentas específicas para algumas demandas que ultrapassavam o sistema de saúde como, por exemplo: acolhimento institucional permanente ao idoso.

Para traçar a possibilidades de soluções para a questão, aplicou-se, novamente, a técnica de Brainstorming. Por meio de discussões, observou-se que uma das principais dificuldades para se estabelecer um fluxo eficaz na intersetorialidade se deve ao desconhecimento dos serviços e da própria rede de atendimento, tanto por gestores,

demais profissionais e da população. Nesse sentido, o grupo elegeu como meios possíveis de buscar solucionar, ou pelo menos, atenuar, o problema identificado, utilizar as ferramentas existentes para assistência as populações idosas.

Quarta etapa: Hipóteses de solução – Para solução, dos conceitos-chave descritos, foi apresentado o instrumento de avaliação multidimensional IVCF-20, como uma importante ferramenta de rastreio capaz de qualificar a assistência, envolvendo a equipe toda e, principalmente, apresentar estratificação de riscos dos idosos que necessitam de emissão de relatórios, encaminhamentos e pareceres. A sugestão foi para que uma vez ao mês, durante a reunião de equipe, houvesse uma roda de conversa com temas específicos de atendimento a idosos em situação de vulnerabilidade, além da discussão de casos. Com o rastreio seria possível cada profissional da equipe contribuir na construção de instrumentos como PTS ou Plano de cuidados.

Quinta etapa: Aplicação – Nesse momento ficou definido que a equipe utilizaria a escala IVCF – 20 e o rastreio faria parte do processo de trabalho, durante as visitas domiciliares. Em seguida, nós digitaríamos no PEC e assim os idosos, em situação de gravidade de 8 a 10, seriam imediatamente inseridos em um “mapa de risco” e entrariam em cuidados continuados e semanais.

Ainda como definição de processo de trabalho os idosos que fossem pela primeira vez na unidade também seriam avaliados por qualquer profissional disponível. Logo após as primeiras experiências foi possível observar mudanças na realização das visitas domiciliares, das digitações no PEC e na escrita de laudos, pareceres e relatórios da vigilância epidemiológica. Houve um impacto positivo na atuação intersetorial, pois, as outras secretarias da rede de cuidado conseguiram visualizar a gravidade de casa caso.

A avaliação da intervenção ocorreu mediante o preenchimento de um formulário elaborado pela pesquisadora, com questões como: de que modo os profissionais avaliavam os encontros quanto a metodologia, condução, ferramentas utilizadas e o conhecimento adquirido. Observou-se que, houve um impacto positivo no relacionamento interpessoal, fluxo de trabalho e reconhecimento de papéis de outros serviços da rede de atenção à saúde do idoso. Com a adoção de utilização do instrumento, as reuniões de discussão de caso foram otimizadas e os encaminhamentos e condutas se tornaram mais simples. Os servidores elogiaram a ação, sentiram-se satisfeitos e aderiram ao projeto inicial o qual todos os objetivos foram atingidos.

Os resultados positivos de melhorias nos serviços de saúde, utilizando a metodologia ativa apoiada no Arco de Maguerez, também foram observados em um relato de experiências de estudantes de enfermagem em um hospital público do Distrito Federal, no qual foi utilizado a metodologia no desenvolvimento e aplicação de uma ação educativa, com objetivo de reduzir as dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e os acompanhantes de crianças e adolescentes internados (DE MACEDO, *et al.*, 2019).

O resultado da presente intervenção corrobora com os resultados de uma revisão que teve como objetivo, conhecer o estado da arte nas ações de Educação em Saúde voltadas à pessoa idosa. Este observou que trabalhar por meio da educação permanente, a implementação das Políticas de Saúde direcionada a população idosa na APS, tem acarretado melhoria da qualidade de vida associada à mudança de hábitos pelos idosos, bem como, ressaltou a importância de os profissionais desenvolverem estratégias que atendam às necessidades da população (SANTOS *et al.*, 2021)

O processo do envelhecimento acarreta diversas alterações funcionais, orgânicas e intelectuais que fragilizam o idoso e repercutem no contexto no qual esse idoso faz parte. Dessa maneira, pensando em sistematizar a atenção à saúde a esse público, há inúmeras ferramentas, com destaque para as estratégias citadas nesse estudo. Portanto, este trabalho possibilitou fortalecer a atenção à saúde as pessoas idosas residentes na área abrangente de uma equipe da ESF, por meio da utilização de instrumentos que permitiram o rastreio, estratificação avaliação dessa população e intervenções pautadas nos resultados das avaliações.

A importância do uso dos instrumentos de estratificação e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), utilizados na intervenção, permitiu que os profissionais de saúde reconhecessem as vulnerabilidades e especificidades resultantes do processo de envelhecimento, assegurando o planejamento de uma assistência qualificada e de acordo com as necessidades apresentadas pela população em questão.

Sedo assim, os profissionais de saúde que participaram do Projeto de Intervenção foram apresentados a essas estratégias e reconheceram que seu uso, além de organizar e qualificar a assistência prestada as pessoas idosas assistidas pela equipe, qualificava os relatórios realizados e enviados a outros órgãos da rede de atenção. Destarte, como o encontrado em estudo realizado no sul do Brasil em uma ESF que teve como objetivo

conhecer a utilização da estratificação do idoso na prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde (CORREIA *et al.*, 2019).

Ao se considerar o processo de envelhecimento e suas peculiaridades, o uso dos instrumentos respalda e contribuiu não só para a identificação dos idosos, mas também, auxilia na tomada de decisão entre a equipe, contribuindo também para o fortalecimento do vínculo e o envolvimento na elaboração das ações, o que corrobora com estudo que refletiu sobre a importância da estratificação da capacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas, para o planejamento da assistência (SILVA *et al.*, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção traz uma importante contribuição para o processo de reflexão e prática diária dos profissionais de saúde, quanto a utilização de ferramentas que possam organizar e direcionar a assistência ao idoso, sobretudo, no uso de metodologia ativas de ensino-aprendizagem na educação permanente na APS, pois, foi capaz de estimular a participação e o desenvolvimento de saberes técnico-científicos entre todos os membros envolvidos na intervenção.

A promoção a saúde se expressa pela educação em saúde presente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais envolvidos e essa é capaz de não só transmitir conhecimento à comunidade, como também, de fomentar os vínculos entre os usuários e profissionais. Isso só foi possível por meio da construção que se deu de forma coletiva com estratégias humanizadas onde a transversalidade da intervenção produziu uma nova forma de fazer saúde de forma mais corresponsável e transformou realidades no território.

O impacto do produto dessa intervenção ultrapassa resultados quantitativos e assistenciais, pois, envolveu melhorias no que se refere a clima organizacional e práticas colaborativas. Entre os aspectos dificultadores presentes durante o percurso pode citar execução do projeto no final do ano, pois entre os meses de dezembro e janeiro há um quantitativo expressivo de servidores de férias e/ou recesso e qualquer ausência é prejudicial dado o curto período de encontros.

Além disso, durante a execução a unidade passou por troca de profissionais como médico, enfermeira e técnica de enfermagem, isso exigiu que quase todo o processo fosse retomado várias vezes, para que ninguém se sentisse excluído. Destaque para produtos do trabalho que serão incorporados como práticas de trabalho e com projeções futuras ousadas como, por exemplo, a construção de um mapa de risco de todo território que poderá ser utilizado, também, na territorialização e será construído após todos os idosos serem estratificados.

A avaliação multidimensional será, em breve, cobrada pelo Estado a todas as unidades da Atenção Primária a Saúde do Mato Grosso do Sul e, a partir da intervenção, a unidade de saúde de Rochedinho estará à frente das demandas, pois, já a executa com propriedade. Como possível obstáculo do projeto de intervenção, destaca-se a escassez de referências que abordassem o uso dos instrumentos na APS, considerando que na caderneta de saúde do idoso ainda consta instrumento de avaliação VES-13. Assim, propõe-se que, as pesquisas futuras sejam direcionadas a este contexto e desenvolvidas por meio do uso de metodologias ativas na atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov>. Acesso em 10 de abr. de 2022

Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em 10 de abr. de 2022

MENDES, E. V. A **Construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em 10 de abr. de 2022

CAB. Coordenadoria de Atenção Básica. Secretaria de estado de saúde coordenadoria estadual de atenção primária. **Saúde da pessoa idosa**, 2021.

COSTA, L. A. da *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**. v. 43, n. pp. 36-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S803>>. Acesso em 10 de abr. de 2022

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em 10 de abr. de 2022

LIMA, Â. R. A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**. v. 43, n. 122, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>>. Acesso em 10 de abr. de 2022

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em 10 de abr. de 2022

MORAES E.N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, v.50, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HMMB75NZ93YFBZyysMWYgWG/?lang=pt#:~:text=%C3%89%20um%20instrumento%20de%20f%C3%A1cil,por%20equipe%20geri%C3%A1trico%2Dgerontol%C3%B3gica%20especializada>. Acesso em 10 de abr. de 2022

SALIBA D. *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.49, 12, 2001. Disponível em; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11844005/>. Acesso em 10 de abr. de 2022

SILVA, B. N. da *et al.* Estado da arte da produção stricto sensu da enfermagem brasileira sobre saúde da população rural. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0487>>. Acesso em 10 de abr. de 2022

Brasil. Ministério da Sa.de. Secretaria de Atenção e Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da atenção básica**. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em 10 de abr. de 2022

STARFIELD B. **Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - SAÚDE DA PESSOA IDOSA**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em 10 de abr. de 2022

Santos, P. M. F., Oliveira, P. A., Alves, F. R., Santos, Álvaro da S. Ações de educação em saúde voltadas à pessoa idosa: uma revisão integrativa da literatura. **Vivências**, n.18, v.35, 7-26, 2022. Disponível em; <https://doi.org/10.31512/vivencias.v18i35.517>. Acesso em 10 de abr. de 2022

ANEXOS

APENDICÊ A – Índice de vulnerabilidade clínico-funcional-20 – IVCF-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			Pontuação
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
COGNIÇÃO		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
HUMOR		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
Marcha	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não		
Continência esfinteriana	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Audição	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Polifarmácia	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
	Interação recente (<6 meses)	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas () ; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; Interação recente, nos últimos 6 meses () . () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

APÊNDICE B – Avaliação do projeto

Avaliação do Projeto Saúde do Idoso - USF Rochedinho

Pesquisa de avaliação do Projeto realizado de novembro de 2021 a abril de 2022 sobre ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO.

**Obrigatório*

1. Nome *

2. Cargo/função *

3. Como você se sai do encerramento desse Projeto hoje? *

Marcar apenas uma oval.

Muitas dúvidas ainda

Mais ou menos

Animado (a), pronto para iniciar no nosso território as ações que discutimos

4. As informações sobre saúde do idoso compartilhadas nesse Projeto foram adequadas ou você precisava de mais ou de menos informações? *

Marcar apenas uma oval.

- Mais informações
 Menos informações
 Foram adequadas

5. Como você avalia a gestão do tempo dos encontros/reuniões? *

Marcar apenas uma oval.

- Foi adequado
 Necessário mais tempo
 Necessário menos tempo

6. Como você avalia a metodologia do encontro e as ferramentas utilizadas?

Marcar apenas uma oval.

- Difícil de acompanhar, tive dificuldades
 Fácil de acompanhar, fácil de utilizar as ferramentas
 Outro: _____

7. Como você avalia as responsáveis pelas apresentações dos encontros? (Neiva e Lesly) *

Marcar apenas uma oval.

- Excelentes
 Muito boas
 Boas
 Regulares
 Ruins
 Outro: _____

8. Como você avalia seu grau de conhecimento sobre os idosos frágeis do território para organização da atenção à saúde com base na multidimensionalidade e as demais estratégias de atenção a saúde do idoso na APS após os encontros? Responda 1 para grau de conhecimento muito baixo, até 5, com grau de conhecimento muito elevado) *

Marcar apenas uma oval.

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

9. Você adaptou ou modificou alguma de suas estratégias e/ou práticas na atenção a saúde do idoso depois que participou dos encontros? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

10. Você considera que o seu trabalho/atendimento aos idosos com sua equipe está mais articulado e/ou menos fragmentado após a realização dos encontros? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. Qual o seu grau de satisfação com o encerramento desse Projeto? Responda 1 para grau de satisfação muito baixa, até 5, com grau de satisfação muito elevada) *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

Avaliação do Projeto Saúde do Idoso USF Rochedinho

PARTICIPE!

Saúde: Família

SUS

Público alvo: Profissionais da equipe da USF ROCHEDINHO

Sua participação é importante para construir um SUS potencial. Contribua e responda o formulário on line

Avaliação do Projeto Saúde do Idoso - USF Rochedinho

Pesquisa de avaliação do Projeto realizado de novembro de 2021 a abril de 2022 sobre ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO.

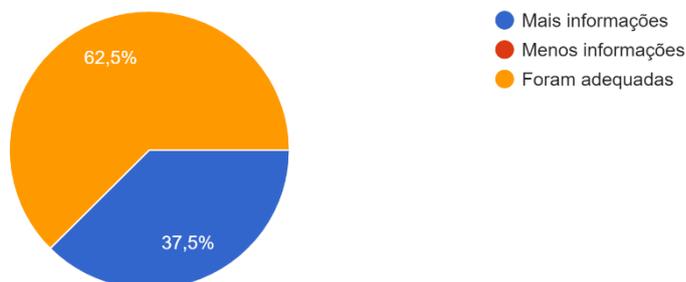
Como você sai do encerramento desse Projeto hoje?

8 respostas



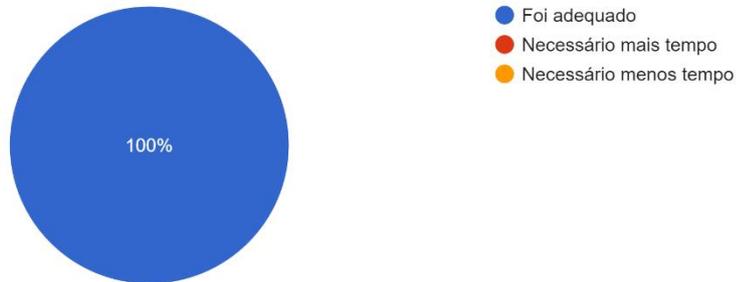
As informações sobre saúde do idoso compartilhadas nesse Projeto foram adequadas ou você precisava de mais ou de menos informações?

8 respostas



Como você avalia a gestão do tempo dos encontros/reuniões

8 respostas



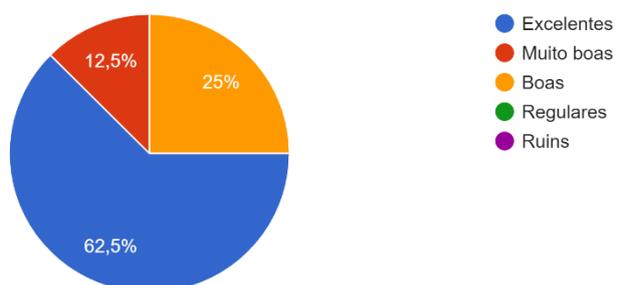
Como você avalia a metodologia do encontro e as ferramentas utilizadas?

8 respostas



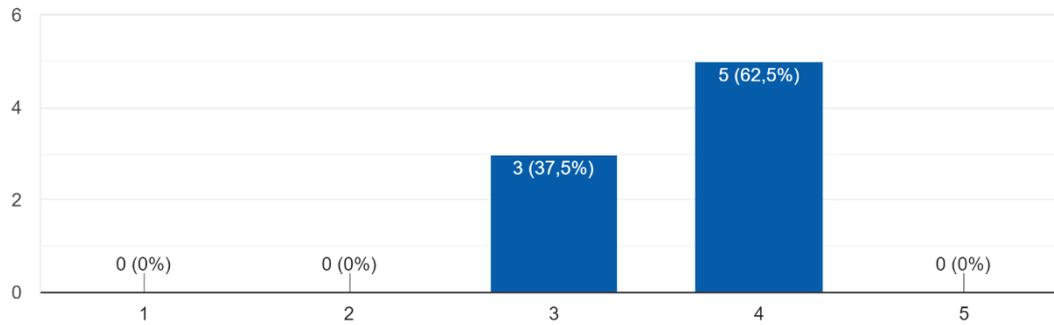
Como você avalia as responsáveis pelas apresentações dos encontros? (Neiva e Lesly)

8 respostas



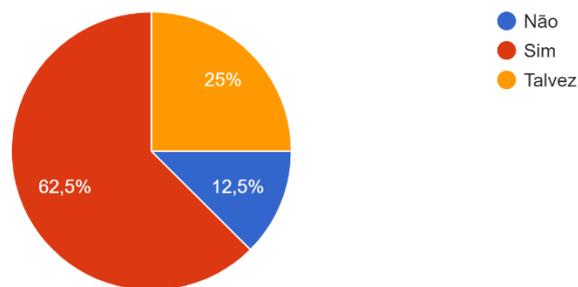
Como você avalia seu grau de conhecimento sobre os idosos frágeis do território para organização da atenção à saúde com base na mult... até 5, com grau de conhecimento muito elevado)

8 respostas



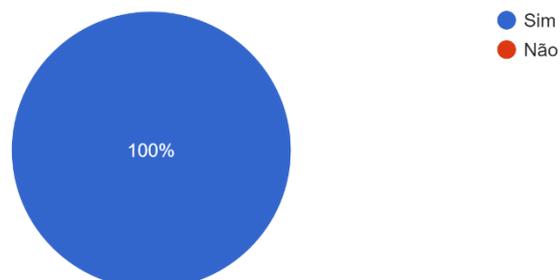
Você adaptou ou modificou alguma de suas estratégias e/ou práticas na atenção a saúde do idoso depois que participou dos encontros?

8 respostas



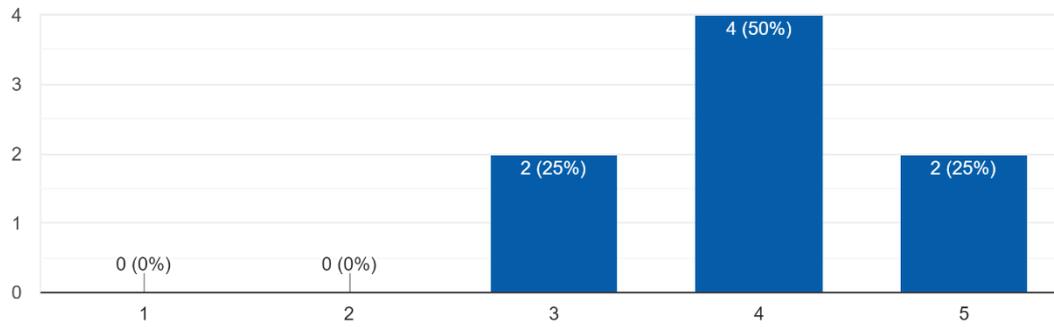
Você considera que o seu trabalho/atendimento aos idosos com sua equipe está mais articulado e/ou menos fragmentado após a realização dos encontros ?

8 respostas

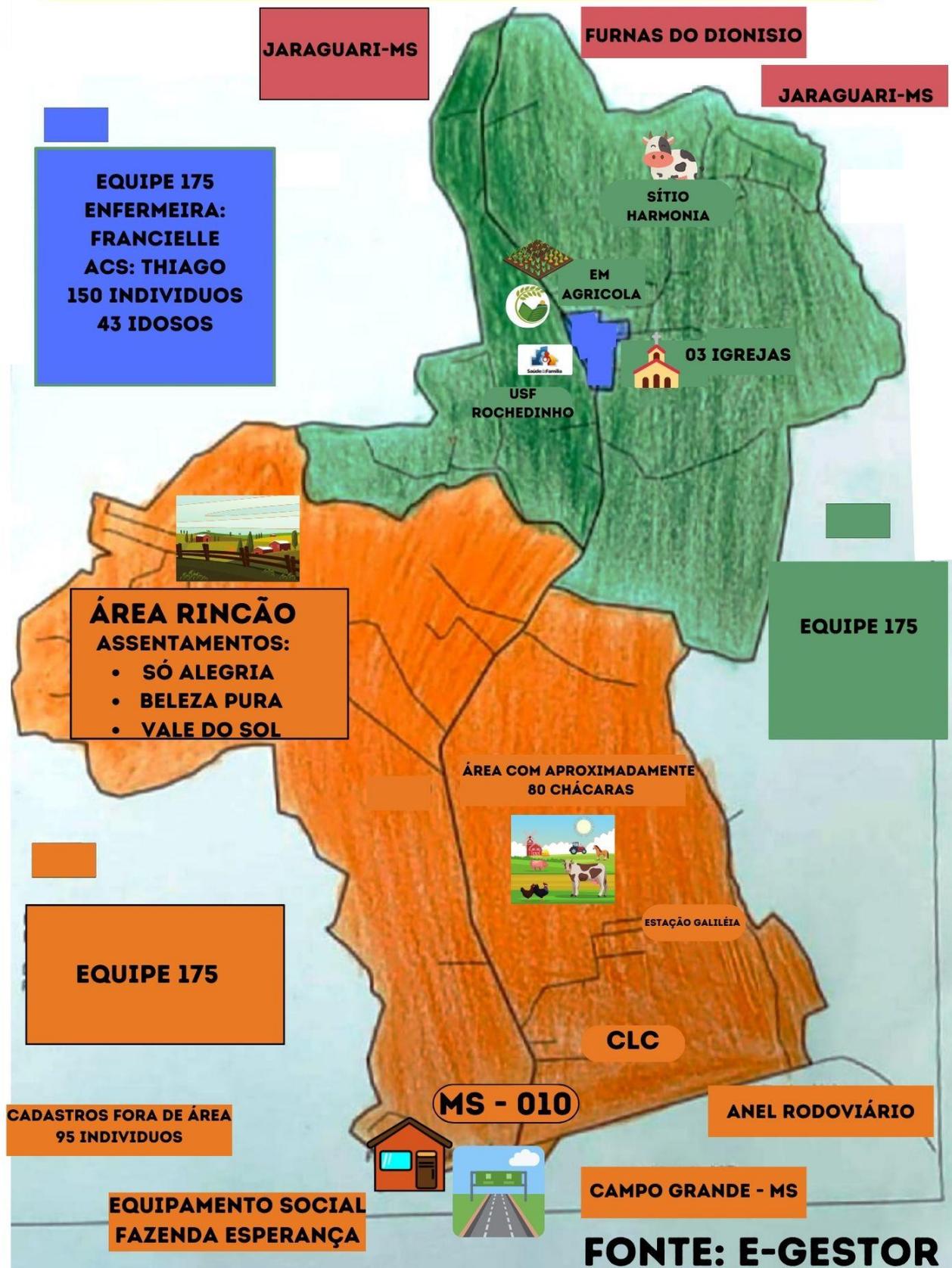


Qual o seu grau de satisfação com o encerramento desse Projeto? Responda 1 para grau de satisfação muito baixa, até 5, com grau de satisfação muito elevada)

8 respostas



TERRITÓRIO DISTRITO DE ROCHEDINHO



FONTE: E-GESTOR



Saúde da Família

CONVITE

PROJETO DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E SAÚDE DO IDOSO

Encontro 05
SALA DA TRIAGEM

USF ROCHEDINHO

29/04/2022

Sexta-feira

14:00

**Convidada: Neiva
Dagher
Gerência Técnica
Saúde do Idosos -
SES**

QUADRO DE IMAGENS PI



**OUTUBRO 2022
CONVITE A SES - GERENCIA
SAUDE DO IDOSO**



**PARTICIPAÇÃO DA
CHEFIA**



ENCONTRO



**ABRIL 2022
ENCERRAMENTO**



**OFICINA COM NEIVA
DAGHER**



**ENCONTRO DE
DEZEMBRO**