

ACOLHIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS GERIÁTRICAS: EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RURAL

Niedson José de Siqueira Medeiros¹; Candida Mirna de Sousa Alves²; Michelly
Martins de Melo³; Elton de Lima Macêdo⁴

¹Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, Coronel Ezequiel – RN, niedsonjose@hotmail.com

²⁻³Secretaria Municipal de Saúde, Sossego – PB, Sossego – PB

⁴Universidade Federal de Campina Grande Campus Cuité- PB

RESUMO

Trata-se de relato de experiência desenvolvido no cenário da atenção primária da zona rural de Coronel Ezequiel (RN), Unidade Santo Antônio, no primeiro semestre de 2015, objetivando evidenciar, descritiva e exploratoriamente, seu cotidiano de urgências geriátricas. Orienta-se pelos preceitos da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. O acesso perpassa níveis de atenção nas redes de saúde, enumerando elementos técnicos, farmacêuticos, logísticos, recursos humanos e diagnósticos em um universo organizacional necessário ao processo de trabalho, gerenciado em modelo tripartite pactuado. Tendo enfoque multi e interdisciplinar, o estudo pondera ferramentas de diálogo entre equipe, comunidade e gestão, criando alternativas à anarquia nos níveis de atenção, buscando, pelo diagnóstico situacional, no apoio matricial, nas internações domiciliares, nos sistemas de referência e contra-referência, soluções emergenciais às falhas do sistema vigente. Tais intervenções reúnem, portanto, ações conjuntas educativas quanto ao entendimento do público acerca de “atendimentos de urgência”, visitas e internações familiares supervisionadas pela equipe, coordenando-se o cuidado com ajuda do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, vivências práticas em coparticipação com centrais de regulação e Serviço Móvel de Urgência. O acesso das urgências na atenção básica trata-se de temática evidenciada no olhar de uma transição demográfica, inserindo comunidade, profissionais de saúde e políticas públicas em universo de reflexão acerca do resgate dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo na pessoa idosa, fonte viva de saberes, cultura, religiosidade, um enfoque inspirador de humanização e propostas biopsicossociais de intervenção.

Palavras Chaves: Saúde do idoso; Envelhecimento; Atenção Primária à Saúde; Urgências

ABSTRACT

This is a experience report developed in the setting of primary care in rural Coronel Ezequiel (RN), Santo Antônio Unit in the first half of 2015, aiming to evidence, descriptive and an exploratory, their daily geriatric emergencies. Guided by the principles of universality, accessibility, care coordination, the bond and continuity, integrity, accountability, (83) 3322.3222 contato@cieh.com.br

humanization, equity and social participation. Access permeates levels of care in health networks, listing technical, pharmaceutical, logistics, human resources and organizational diagnostics in a universe necessary to the work process, managed by tripartite agreed model. Having multi and interdisciplinary approach, the study considers dialogue between staff tools, community and management, creating alternatives to anarchy in levels of attention, looking at situational diagnosis, matrix support, in home care, the systems of reference and counter-reference, emergency solutions to the shortcomings of the current system. Such interventions together, so educational joint actions regarding the understanding of the public about "urgent care" visits and family admissions supervised by the team, is coordinating care with the help of the Center for Support for Family Health, practical experiences in co-participation with central regulation and Mobile Emergency Service. The access of emergency in primary care it is subject shown on the look of a demographic transition, entering the community, health professionals and public policy think-universe about the rescue of the principles and guidelines of the Unified Health System, and in the elderly, living source of knowledge, culture, religiosity, an inspiring approach to humanization and biopsychosocial intervention proposals.

Key words: Health of the elderly; Aging; Primary health care; Emergencies

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno mundial que ganhou, no Brasil, dimensões mais intensas na década de 70 a partir dos avanços biotecnológicos, tem despertado atenção a um panorama de redução da população economicamente ativa e aumento do público idoso. Tal cenário exige políticas públicas atuantes no que diz respeito aos cuidados e a acessibilidade aos níveis de atenção a saúde de uma população potencial nos saberes e heranças sócio-econômicas e culturais produzidas. No Brasil, em 2013, foram quase 9 milhões de internações hospitalares de caráter urgente financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 23% destas sofridas por indivíduos com 60 anos ou mais de idade.¹

A acessibilidade, portanto, alvo de reformulações de políticas públicas pelo Ministério da Saúde, ganha espaço com os Pactos preconizados pela agenda de Compromisso Pela Saúde (2005) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, destacando-se a atenção Básica como contato preferencial dos idosos com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.² O acesso perpassa níveis de atenção nas

redes de saúde, enumerando elementos técnicos, farmacêuticos, logísticos, recursos humanos e diagnósticos em um universo organizacional que se reúne em torno dos níveis primário (Unidades básicas), secundário (hospitais, unidades mistas, pronto-atendimentos), terciário (grandes hospitais, serviços especializados), quaternários e, mesmo, mais complexos. As Urgências e Emergências (U&E) geriátricas, teoricamente alvo de atenção complexa, têm sido cotidianamente evidenciadas no campo da atenção primária, exigindo aparatos e insumos, a exemplo de sala de observação (permanência de oito horas), e inseridas numa abordagem de gestão tripartite, sendo os municípios corresponsáveis conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Tais itens, em consonância com o papel do Serviço Móvel (SAMU) e as Centrais de Regulação Médica são preconizados pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002).³

Sendo a população geriátrica acometida, majoritariamente por condições crônicas-degenerativas, em alguns casos agudizadas, a atenção domiciliar surge como alternativa em situações de estabilizações e internações domiciliares.

Tendo em vista o fenômeno da transição demográfica, a anarquia nos níveis de atenção e processos de trabalho, a carência de recursos técnicos, humanos e materiais e o suporte oferecido como alternativa emergencial ao SUS na figura da atenção primária (com auxílio do suporte domiciliar), o estudo objetiva evidenciar o cotidiano dos atendimentos de urgência à população idosa assistida pelo nível primário de atenção, uma problemática universal, explorando cenário específico rural do município de Coronel Ezequiel (RN).

METODOLOGIA

Coronel Ezequiel (RN), município da microrregião da Borborema Potiguar, abrange uma população de cerca de 6000 habitantes (60% em zona rural e 40% em zona urbana), sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio (rural) composta por 05 povoados, alvo deste estudo exploratório, descritivo e na forma de

relato de experiência referente ao primeiro semestre de 2015. O setor urbano é contemplado por duas UBS e a Unidade Mista Nelson Farias para acesso às U&E's. O público-alvo são pessoas com mais de 60 anos que são atendidas na Unidade Santo Antônio de segunda a sexta feira, sendo oferecidas atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Tal população geriátrica vulnerável a desenvolver complicações decorrentes das doenças crônicas, cria cenário no qual os sujeitos procuram o serviço, destarte tornasse a unidade básica de saúde uma porta de entrada para as urgências e emergências. Ferramentas auxiliares utilizadas incluem visitas (e internações) domiciliares, diálogo multidisciplinar, reuniões internas promovidas pela equipe (para diagnóstico situacional, apresentando-o a gestão e a comunidade, ponderando soluções) e acolhimento referenciado das urgências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mais que uma situação de anacronismo, o cotidiano de urgências vivenciado na UBS Santo Antônio retrata o panorama cultural brasileiro em que um público carente de acesso universal chega a porta de uma Unidade eminentemente rural encontrando profissionais e estrutura também deficitários em insumos e suporte às U&E's. Nesse ponto a equipe acompanha o idoso à Unidade Mista municipal também carente de profissionais, oxigênio, drogas vasoativas, antibióticos, vulnerabilizando os níveis de atenção e o público usuário. Tal ciclo quebra o processo de trabalho da atenção primária, vulnerabiliza a comunidade e as equipes de saúde municipais. Preconizado o diálogo entre gestão e equipes, e daquela com o público, quando ausente, tal barreira dificulta a consolidação dos níveis de atenção. Resta, entretanto, o suporte técnico inter e multidisciplinar, as ferramentas leves de trabalho, o *clinicare*, propriamente dito. Em se tratando de processo crônico-degenerativo e público acamado, a equipe dialoga com familiares e gestão, elegendo alternativas de suporte e cuidado, a exemplo do suporte domiciliar.

A internação domiciliar reduz a demanda por atendimento hospitalar e/ou o período de permanência de usuários internados, humaniza a atenção, desinstitucionaliza e amplifica a autonomia dos usuários, sendo alternativa ao departamento de emergência, preferência entre os idosos e com custo menor que a internação tradicional, salvo exceções, ponderando-se os diagnósticos elegíveis em

consonância com Centrais de Regulação Médica de Urgências. O Ministério da Saúde determina, portanto, sistema tripartite de acolhimento às Urgências e Emergências, e aos níveis de atenção a saúde, sendo a gestão municipal acionada nesse aspecto, haja vista a importância dos municípios disporem de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos nos hospitais e unidades mistas, bem como de insumos estarem presentes em todos os níveis de atenção, inclusive nas UBS para a recepção dos casos, estabilização, internações domiciliares (ou não) quando assim forem demandadas.^{1,3,4}

A saúde brasileira vive o paradoxo de suprir a demanda ambulatorial geriátrica nos serviços de emergência (SE) e as U&E nas UBS's, sendo frequentes nos SE's hipertensão, gripe, diarreia, lombalgia, cefaléia, hiperglicemia, doenças respiratória e distúrbio neurovegetativo. Esse cenário alude a uma inversão da atenção em seus níveis, congestionando níveis complexos, quando de casos que poderiam ser manejados primariamente e vulnerabilizando o nível primário, especialmente, quando este se encontra deficitário em insumos e estrutura, agravando o quadro nas comunidades rurais distantes dos pronto-socorros e do acesso pelos Serviços Móveis de Urgência.⁵

Sendo, no geral, as afecções geriátricas crônico-degenerativas as mais evidenciadas, o panorama do acolhimento às urgências na Unidade Santo Antônio acompanha esse processo, sendo comuns agudizações de cardiopatias, hipoxemia crônica, síndrome urêmica, descompensações de diabetes, síncope de natureza cardiológica (ou neurogênicas), ataques isquêmicos (transitórios ou não). Identificam-se, também, constates fraturas osteoporóticas, casos de traumas por violência contra a pessoa idosa (devidamente notificados) e tentativas de suicídio, quando da importância de acionar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no trabalho psicossocial.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais como envelhecimento populacional, transição epidemiológica e tecnologia e fatores internos como cultura, recursos institucionais, incentivos,

estrutura organizacional e estilos de liderança e gestão, havendo real anacronismo nas redes de atenção a saúde. Os gestores precisam atentar para tal fato e ao diagnóstico situacional, visando à aquisição de suporte ao acesso direcionado da pessoa idosa na demanda pré-hospitalar de U&E's para o amplo funcionamento dos níveis de atenção.^{6,7}

A medida que o cotidiano evidenciou crescente demanda geriátrica aos cuidados de urgências, a equipe da Unidade Santo Antônio desenvolveu medidas organizacionais e adjuvantes ao processo de trabalho, visando agilizar as condutas e reformular agendamentos de consultas e visitas domiciliares através de reuniões promovidas entre todos os profissionais. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituem fontes ágeis nessas reformas, dinamizando as ações, elucidando os pontos passíveis de mudança e, intervindo, sempre que possível, com o auxílio de comunidade, equipe e gestão. A própria conscientização do público surge como mediação fomentada pelos ACS's entre unidade e serviço na melhoria do processo de trabalho.

CONCLUSÕES

O cotidiano de acolhimento às U&E geriátricas da UBS Santo Antônio retratam uma realidade mais que atual do desarranjo nos níveis de atenção das redes de saúde em um ciclo de falhas técnicas, culminando em desorganização dos processos de trabalho, vulnerabilização da comunidade idosa e da equipe a ineficiente atenção secundária municipal e às carências de uma atenção primária má guarnecida de aparato, insumos e sala de observação. Equipe e comunidade tem discutido a situação de saúde local, dialogando propostas que já foram apresentadas à gestão, porém sem contrapartida da mesma. A Conferência Municipal de Saúde, instrumento popular consagrado pela Lei Orgânica nº8142 para inquerir diagnóstico situacional de saúde, reivindicar e sugerir alternativas à desassistência evidenciada no público idoso, não acolheu tais sugestões, pois a mesma foi realizada em sessão restrita aos funcionários da zona urbana, mantendo

a equipe rural em funcionamento pleno à demanda espontânea e de urgências no dia escolhido.

O lidar com situação corriqueira exigiu diálogo multidisciplinar, promoção de reuniões internas, diálogo com a comunidade e apoio de alternativas como a internação domiciliar supervisionada, a regulação de U&E a serviços estaduais com o apoio da Central de leitos e do Serviço Móvel (SAMU), a estabilização supervisionada pela equipe rural na Unidade Mista municipal quando do preparo às referências de urgência.

Mais que uma problemática local, o acesso das U&E à atenção básica trata-se de temática crescente, por evidenciar transição demográfica, Comissão Intergestores Tripartite, profissionais de saúde e políticas públicas em universo de reflexão acerca do resgate dos princípios e diretrizes do SUS, tendo na pessoa idosa, fonte viva de saberes, cultura, religiosidade, um enfoque inspirador de humanização e propostas biopsicossociais de intervenção. Para isso, faz-se necessária ação conjunta da gestão local, dos profissionais de saúde (zonas urbana e rural) e da comunidade, de forma a reformular os suportes técnico (promovendo capacitações, cursos e fomentando inovações de atendimentos e acessibilidade), humano (adquirindo profissionais médicos e enfermeiros à Unidade Mista), estrutural, farmacêutico e diagnóstico, numa lógica holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Guerra ACLC, Carlos MJ, Trocado CVM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. J Bras Econ Saúde 2015;7(1): 62-69
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
3. Portaria MS/GM nº2048, 05 de novembro de 2002, Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2002, 06 de novembro de 2002, p. 83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

4. Portaria MS/GM nº963, 27 de maio de 2013, Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013, 28 de maio
5. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2473-82
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2297-2305
7. Santos ER, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(6):2741-52