



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KATHE GUZATTI

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS CASA BRANCA SUZANO -
SP

SÃO PAULO
2020

KATHE GUZATTI

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS CASA BRANCA SUZANO -
SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA

SÃO PAULO
2020

Resumo

A partir da vivência durante um ano e do estudo detalhado sobre a situação atual do serviço da Unidade Básica em que atuo, foi possível o reconhecimento de algumas fragilidades no atendimento, possibilitando um projeto de intervenção visando a melhoria da qualidade do serviço prestado à população idosa. Tal grupo foi identificado como população de risco sem um programa de atendimento específico. Visando a melhoria da qualidade de atendimento aos idosos como um todo, foi montado um sistema de padronização do atendimento e registro dessas informações para obtenção de um cuidado integral e contínuo. Com poucos meses de intervenção, após mudanças no agendamento de consultas, priorizando os pacientes idosos, ofertando consultas visando o atendimento espontâneo acessível, mantendo exames complementares periódicos em dia, rastreando doenças crônicas não transmissíveis e adesão ao tratamento proposto, realizando o cadastramento de idosos acamados ou com problemas de locomoção, avaliação multidimensional rápida em dia, avaliação de fragilização da pessoa idosa, exame clínico em dia, orientações nutricionais relevantes e orientações sobre atividade física, orientando sobre a importância do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, orientação familiar, criação de grupos específicos para tratar o idoso de maneira global.

Com pequenas intervenções no atendimento do idoso posso concluir que os benefícios para a população foram visíveis, a satisfação dos usuários e familiares com a escuta atenta aos problemas relatados, o interesse por questões que antes não eram abordadas, o cuidado global da saúde do idoso em vez de uma renovação mecânica de receitas, a maior tranquilidade e acesso ao atendimento médico foram ferramentas essenciais para um atendimento integral, contínuo e longitudinal voltado para as necessidades singulares desta parcela crescente da população.

Palavra-chave

Promoção da Saúde. Envelhecimento Saudável. Prevenção Primária.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A UBS em que atuo está localizada no município de Suzano, em São Paulo, o grande desafio diário que encontro em minha unidade de trabalho, é que é uma Unidade básica de saúde tradicional, e não temos previsão de implantação da Estratégia de Saúde da família, sendo assim não contamos com prontuários baseados na saúde da família e sim prontuários individuais, dificultando conhecer aspectos sociais, culturais, familiares do entorno dos nossos pacientes. O atendimento a idosos não é padronizado, muitas vezes são submetidos a consultas médicas somente para renovação mecânica de receitas. O prontuário não consta o registro adequado de informações do idoso na UBS.

Não contamos com agentes comunitários, então infelizmente fica difícil fazer uma adequada territorialização para conhecer os fatores de risco que a comunidade está exposta, avaliar a situação sócio-econômica, as vulnerabilidades sociais e necessidades reais da comunidade adscrita na unidade, dificultando a realização de visitas domiciliares a pacientes acamados ou com problemas de locomoção.

Realizamos grupo de Hiperdia, mais não contamos com um grupo específico para a saúde do idoso, visando um cuidado global, os pacientes acima de 60 anos tem prioridade quanto ao agendamento de consulta. Na UBS não temos demanda espontânea diária disponível para pacientes idosos, o que dificulta o acompanhamento dos pacientes crônicos.

Meu projeto saúde do território visa a melhoria no atendimento do idoso na UBS em que atuo, com simples mudanças no agendamento e no acesso a demanda espontânea diária, padronização no atendimento e no registro de informações do idoso na UBS, avaliação multidimensional rápida e da fragilidade da pessoa idosa, criação de grupo específico para a saúde desse grupo de risco, avaliação da solicitação de exames complementares periódicos em dia.

ESTUDO DA LITERATURA

O Brasil tem apresentado importantes mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população devido o avanço das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores, houve contribuição para que os indivíduos envelheçam saudáveis, atingindo idade cada vez mais avançada.

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades da terceira idade, principalmente na comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais, são importantes para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária.(Pilger, 2002)

Para admitir o idoso na Unidade de Saúde da Família (USF), a equipe multiprofissional deve estar preparada para entender o processo de envelhecimento nas suas múltiplas dimensões e, a partir daí, propor ações específicas em saúde e compreender que os problemas de saúde evidenciados pelos idosos, em geral, são oriundos, concomitantemente, de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Os serviços de saúde possuem um papel importante na redução de doenças crônicas e em suas complicações, mais o que se percebe na rotina diária na UBS é que faltam ações voltadas para uma melhor estruturação das ações no atendimento dessa faixa etária.O cuidado da pessoa idosa está mais voltado a terapia medicamentosa,verificação de pressão arterial e controle glicêmico,mudanças de hábitos alimentares,troca de receita.As ações voltadas para o idoso não são padronizadas,dificultando promover ações preventivas,e praticar a promoção da saúde para manter e ou estabilizar a saúde da pessoa idosa e prevenir agravos.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. A concepção acerca do envelhecimento, em sua forma mais ampla - bio-psico-socio-economicoespiritual e cultural - e suas conseqüências na multiplicidade de problemas associados que podem estar presentes, exigem uma abordagem do processo de aceitação, resgate da autonomia, participação, responsabilidades no tratamento,vínculo e integração familiar e social,apoio familiar/cuidador que contribui para a superação de dificuldades enfrentadas desde o momento do diagnóstico até as etapas mais avançadas de portadores de demência,como a doença de Alzheimer. (Paschoal, 1996)

Questões que serão abordadas através de temáticas, grupos e atividades a serem propostas e discutidas com a população idosa e seus familiares para assim estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais da UBS Casa Branca,priorizando o cuidado global do paciente.

Os atendimentos diários são feitos 90% por demanda agendada, não disponibilizamos de

vagas no turno para a demanda espontânea, o que dificulta um atendimento longitudinal com os pacientes idosos. Meu projeto de intervenção visa a reorganização da agenda no processo de trabalho, ofertando vagas diárias para demanda espontânea, priorizando o atendimento de pacientes acima de 60 anos.

Para iniciar uma padronização quanto ao atendimento do idoso, é preciso entender que toda a abordagem geriátrica tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global da pessoa idosa, através das atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional.

A AMPI-AB “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica” visa instrumentalizar as Unidades Básicas de Saúde para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI. Pessoas idosas (60 anos ou mais) são portadoras de condições crônicas, com alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) e apresentam aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes. Neste sentido, a avaliação de suas condições de saúde-doença e psicossociais e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS e de Plano de Cuidados específico são fundamentais, para melhorar e manter a melhor capacidade funcional possível e promover o envelhecimento ativo. (MJS, LCO, 2009)

A AMPI-AB permite que se conheçam as necessidades de saúde da população idosa, classificando-a segundo o grau de fragilidade e categorizando os idosos em “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”, permitindo a organização do atendimento na rede e a elaboração de Planos de Cuidados. A pontuação para as questões é dividida em três categorias: 0 a 5 pontos: idoso saudável. 6 a 10 pontos: idoso préfrágil e igual ou maior que 11 pontos: idoso frágil. (MS, 2006)

Abrange as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, a depender da necessidade detectada em cada uma das questões.

As 17 dimensões do processo de envelhecimento abordadas no questionário inicial são: idade, autopercepção da saúde, arranjo familiar, condições crônicas, medicamentos utilizados, número de internações nos últimos doze meses, quedas nos últimos doze meses, acuidade visual, acuidade auditiva, limitações físicas, cognição, humor, desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), desempenho nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), incontinência urinária e fecal, perda de peso não intencional e condições bucais.

Os testes de Rastreamento da Capacidade Funcional indicados na AMPI-AB são: Teste de Snellen, Teste do Sussurro, Teste de Katz, Teste de Lawton, Timed up and go Test, Teste de Velocidade de Marcha, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Mini-Exame do Estado Mental (Minimental).

Os resultados da Avaliação Multidimensional deverão ser discutidos pela Equipe da Atenção Básica e utilizados como subsídio para a elaboração dos Planos de Cuidados Inicial e Específico.

O comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro grandes funções, de forma isolada ou associada. Dessa forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e sim, representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos. A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, em sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

Quadro 1 Avaliação da funcionalidade global e sistemas funcionais principais

Dimensões a serem avaliadas		Instrumentos de avaliação	
FUNCIONALIDADE GLOBAL	AVD Avançada	Avaliação Individualizada: lazer, trabalho e interação social	
	AVD Instrumental	Escala de <i>Lawton-Brody</i>	
	AVD Básica	Índice de Katz	
SISTEMAS FUNCIONAIS PRINCIPAIS	COGNIÇÃO		Mini Exame do Estado Mental Lista de 10 palavras do CERAD Fluência Verbal Reconhecimento de 10 Figuras Teste do Relógio
	HUMOR		Escala Geriátrica de Depressão
	MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	Avaliação do membro superior: ombro, braço, antebraço e mão
		Postura, marcha e transferência	<i>Timed up and go test / Get up and go test</i> Teste de Romberg e Nudge test Equilíbrio unipodálico
		Capacidade aeróbica	Teste de Caminhada de 6 minutos Dispneia de esforço
		Continência esfincteriana	Presença de incontinência urinária ou fecal. Diário miccional
	COMUNICAÇÃO	Visão	Teste de <i>Snellen simplificado</i>
		Audição	Teste do sussurro
		Fala, voz e motricidade orofacial	Avaliação da voz, fala e deglutição

A Avaliação Multidimensional do Idoso permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico de suas condições de saúde agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação. (MS,2006)

Demência

A demência pode ser definida como o comprometimento adquirido da memória associado a um prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas da linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas, que interferem na capacidade funcional, desempenho social ou profissional do indivíduo. (Guerreiro, Caldas, 2001)

São vários os tipos e as causas da demência. Por isso é importante o diagnóstico precoce para escolher o melhor tratamento. Algumas são reversíveis como: toxicidade de medicamentos, depressão, infecção do sistema nervoso, hematomas subdurais, tumores cerebrais primários, hidrocefalia de pressão normal, envenenamento por orgânicos e metálicos, disfunção da tireóide e paratireóide, e deficiências nutricionais de vitamina B12, B6, tiamina e ácido fólico. Outras são irreversíveis, como a demência vascular, a demência com corpos de Lewy, as demências frontotemporais (especificamente a Doença de Pick) e a Doença de Alzheimer, sendo esta última considerada o tipo de demência mais frequente entre os idosos. São estas as que necessitam de cuidados contínuos.

É fundamental uma detalhada história clínica do paciente, confirmada por algum parente, amigo ou cuidador. O diagnóstico também está baseado em uma avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e das atividades de vida diárias como visto anteriormente.

O idoso com demência desenvolve uma relação extrema de dependência com seu cuidador o que gera angústia, pois perde a autonomia para realizar determinadas atividades, além de ser algo que requer grande confiança e segurança no outro. Essa necessidade de cuidado contínuo representa uma demanda para a família.

No entanto, as famílias vêm se tornando cada vez menores, mas com um número expressivo de idosos; logo, elas enfrentarão os problemas decorrentes do envelhecimento. As famílias são constituídas por membros interligados por histórias e vivências singulares e laços afetivos próprios, que as unem. Com essas características, muitas famílias acreditam que é responsabilidade exclusiva delas o zelo pela saúde daquele que adocece em seu seio.

Todos os encargos exigidos nesse processo de cuidar trazem um impacto negativo à

conjuntura familiar, pois é notório que cuidar de idosos dependentes demanda atenção, tempo e esforço. Cuidar diariamente de um idoso dependente gera aflições, angústias e perturbações e, na tentativa de minimizar esse problema, o cuidador familiar opta pela contratação de alguém que o auxilie. Todavia, os cuidadores que se apresentam para executar essa função nem sempre possuem as qualificações necessárias. É sabido que, com o envelhecimento, ocorrem transformações significativas no organismo dos idosos, dessa forma, exige-se, por parte de quem presta o cuidado, um mínimo de conhecimento em relação a essas questões.(Duarte, 2000)

Quando o diagnóstico é uma realidade, os profissionais da saúde buscam proporcionar condições para que os cuidadores o enfrentem, e o primeiro passo é informar aos mesmos as características básicas da doença. Ao obter informações sobre a doença, sua evolução, os diversos tipos de confrontos, as dificuldades e os desafios, este sofrimento é reduzido. E para isso, a ajuda dos profissionais especializados, em vários níveis de atenção, é categórico para a determinação do bem estar do cuidador e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com demência.

Daí a necessidade da formação de mais espaços informativos, como os grupos de apoio para orientação das pessoas que cuidam destes idosos com demência. Esse fato refere a lembrarmos da importância trabalho integrado nesta atenção, tendo como primordial, a busca de alternativas e maneiras capazes de minimizar o impacto desta doença na vida da família/ cuidador.

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

O Ministério da Saúde lançou em 2014 a nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CASAPI), com a principal finalidade de ser um instrumento de acompanhamento periódico

das condições de saúde do idoso. É um instrumento gerencial, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), já que se propõe a identificar, a partir de instrumentos simples e de rápida aplicação, os principais marcadores de risco de declínio funcional. É também um documento de empoderamento da pessoa idosa, pois permite que ela se aproprie de uma série de dados gerados periodicamente sobre diversas dimensões de sua saúde e, interpretando-os, transforme em informações relevantes para tomada de decisões sobre a própria vida. Contém informações relacionadas aos diagnósticos e internações prévios, cirurgias realizadas, medicamentos em uso, polifarmácia, dados antropométricos (peso, estatura, IMC e circunferência da panturrilha), VES-13 (protocolo de identificação do idoso vulnerável), informações complementares (cognição e humor), avaliação ambiental, quedas, identificação da dor crônica, hábitos de vida, controle da pressão arterial, controle da glicemia, calendário vacinal e avaliação da saúde bucal, além de uma série de orientações sobre direitos da pessoa idosa, cuidados com medicamentos, acesso a medicamentos no SUS, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividade física e sexualidade.(MS, 2006)

O que observo diariamente é que devido a grande demanda de atendimento por turno preconizado pelo SUS, muitos médicos não solicitam a caderneta do idoso durante o atendimento, e que a maioria dos pacientes não conhecem a utilidade da caderneta, e não aderiram a esta nova ferramenta de trabalho. O preenchimento correto dos dados pessoais da pessoa idosa é de grande relevância para estabelecer um contato personalizado com o usuário, para definir o perfil de risco social, econômico e familiar. Ao mesmo tempo, servem de insumo para avaliação no tempo de mudanças nessa dimensão de vida do idoso e de sua possível relação com desfechos da saúde. Sendo de grande utilidade, o meu projeto visa a solicitação da caderneta periodicamente nas consultas para atualizações e acompanhamento sobre o quadro clínico do paciente, medicações de uso diário, vacinas, orientações sobre seu preenchimento, e avaliações globais para um adequado acompanhamento longitudinal do paciente.

Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) no Idoso

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus* (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral.

Dentre essas, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema

público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças.

O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo.

A HA é a doença crônica não transmissível mais frequente entre os idosos. Sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo considerada o principal fator de risco modificável na população geriátrica. Está presente em cerca 65% desta população no Brasil, podendo chegar a 80% entre mulheres com mais de 75 anos. Foi demonstrado que existe uma relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade e que 90% dos indivíduos com PA normal até os 55 anos desenvolverão HA ao longo da vida. Tanto a pressão arterial sistólica (PAS) quanto a pressão arterial diastólica (PAD), em ambos os sexos, aumentam até os 60 anos, quando, então, a PAD começa a diminuir. Por outro lado, a PAS segue aumentando de forma linear. (Cazufca, 2002)

O envelhecimento vascular é o principal aspecto relacionado à elevação da PA nos idosos, caracterizado por alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com consequente enrijecimento arterial. Grandes vasos como a aorta perdem sua distensibilidade e, apesar de os mecanismos precisos não estarem claros, envolvem primariamente mudanças estruturais na camada média e íntima dos vasos, que resultam em rigidez da parede das artérias e se expressam como elevação da pressão sistólica, condição que tem alta prevalência na população geriátrica.

A aferição da PA em idosos tem algumas particularidades que devem ser conhecidas.

Recomenda-se a verificação da pressão arterial na posição deitada, sentada e em pé, pois alterações ateroscleróticas nas regiões dos seios carotídeos podem reduzir a sensibilidade dos barorreceptores, ocasionando maior variabilidade da PA nos idosos e redução dos reflexos posturais, o que os predispõe à hipotensão ortostática. A redução de pelo menos 20 mmHg na PAS e de 10 mmHg na PAD quando o indivíduo assume a posição em pé, caracteriza a hipotensão ortostática. Embora possa ser assintomática ou se apresentar com sintomas mínimos, esta condição está presente em até 34% dos indivíduos com mais de 75

anos, associando-se de forma independente a aumento da mortalidade, aumento da incidência de infarto do miocárdio, AVC, insuficiência cardíaca e fibrilação atrial, além de facilitar a ocorrência de quedas e lesões. Uso de fármacos como diuréticos, antidepressivos, vasodilatadores e betabloqueadores podem contribuir para sua ocorrência.

Avaliação abrangente e individual de cada paciente, considerando suas comorbidades, grau de fragilidade, risco de quedas e estado cognitivo é crucial, pois cada uma destas variáveis tem potencial para produzir impacto na terapia, metas e necessidades de seguimento.(Cafzuca, 2002)

Assim, o tratamento anti-hipertensivo em idosos deve seguir os princípios gerais de tratamento do idoso:

- ♦ Considerar que alterações hemodinâmicas decorrentes do envelhecimento podem afetar distribuição, metabolização, eliminação, efeito e ação dos fármacos.
- ♦ Conhecer interações medicamentosas mais comuns dos anti-hipertensivos.
- ♦ Avaliar comorbidades que contraindiquem o uso de um fármaco específico.
- ♦ Escolher medicação que permita menor número possível de tomadas diárias.
- ♦ Iniciar a terapia com um fármaco em doses baixas e aumentar gradativamente.
- ♦ Se possível, aguardar um mês antes de aumentar dose ou associar outro fármaco.
- ♦ Considerar as condições socioeconômicas e cognitivas do paciente e suas preferências. • Instruir paciente e familiares sobre a doença, a importância do tratamento, a PA alvo e possíveis efeitos colaterais dos fármacos.

Os princípios básicos no tratamento de idosos com diabetes (acima dos 65 anos de idade) não diferem daqueles estabelecidos para diabéticos mais jovens, incluindo critérios de diagnóstico, classificação e metas de controle metabólico (glicêmico e lipídico), pressão arterial e índice de massa corporal (IMC).

Temos que ficar sempre alerta no paciente idoso onde as hipoglicemias muitas vezes são confundidas com doenças neurológicas ,como demência ou isquemias, levando o médico não familiarizado a realizar exames e lançar mão de tratamentos desnecessários.

Tontura, fraqueza, delírio e confusão são sintomas comuns de hipoglicemia em idosos com diabetes, sobre tudo, nos que usam medicamentos como sulfonilureias ou que usam insulina.

O manejo adequado das condições crônicas teve ter suas raízes na atenção primária, que, por suas características, deve ser capaz de oferecer cuidado de saúde abrangente, coordenado, continuado e sustentado ao longo do tempo. Como resultado de sua abordagem generalista e centrada na pessoa, relações duradouras com o paciente e responsabilidade pela continuidade do cuidado, os médicos de família estão particularmente bem posicionados para o cuidado dos pacientes multimórbidos.

Plano de cuidados

O plano de cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, no qual se define quais são os problemas de saúde do usuário (o quê) as intervenções mais apropriadas (como), as justificativas para mudança (por quê), quais profissionais (quem) e equipamentos de saúde (onde). Ele deve conter todas as informações essenciais para o planejamento e a implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso, abrangendo ações preventivas/promocionais; curativas, paliativas e reabilitadoras.

- ♦ Ações preventivas/promocionais: cuidados antecipatórios, capazes de modificar a história natural das doenças e evitar futuros declínios da saúde. Visam promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde.
- ♦ Ações curativas: ações direcionadas a problemas específicos identificados na consulta médica. A ênfase deve estar no diagnóstico correto e na prescrição correta de medicamentos, procurando estar atento ao risco de iatrogenia medicamentosa.
- ♦ Ações paliativas: são direcionadas aquelas situações onde não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença. O objetivo deve ser a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida.
- ♦ Ações reabilitadoras: conjunto de procedimentos aplicados aos portadores de incapacidades (deficiências, limitações de atividades ou restrição da participação), com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade, maximizando sua autonomia. As intervenções mais eficazes para o ganho funcional são por ordem de prioridade a redução das iatrogenias e suspensão de “drogas fúteis”; a definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados; as intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas; a reabilitação; a prevenção secundária e, por fim, a prevenção primária.

Visita domiciliar

Na visita domiciliar, a equipe de saúde pode avaliar as necessidades do idoso, de seus familiares e do seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde do idoso visando à prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. São elegíveis, para esse tipo de cuidado, idosos que vivenciam as seguintes condições: portadores de múltiplas afecções crônicas; que apresentam internações freqüentes; que apresentam problemas de locomoção; que têm 85 anos ou mais; que residem sozinhos; que apresentam distúrbios cognitivos; que sofreram acidentes/quedas nos últimos seis meses; que usam poli fármacos e não apresentam uma adesão terapêutica adequada e, ainda, os que não possuem uma rede de apoio social ou ela não é efetiva.

No que se refere aos critérios de inclusão do idoso na assistência domiciliar, o Ministério da Saúde pontua os seguintes: existência de cuidador familiar ou informal com boas condições físicas, psicológicas e cognitivas; formalização de termo de consentimento informado com a família e com o idoso (se consciente) ou com seu representante legal; morar na área de abrangência da unidade de saúde; necessitar de cuidados com a freqüência de visitas e complexidade compatíveis com a atenção básica; quando as condições clínicas do idoso não permitem que ele se desloque até o serviço de saúde; quando a infra-estrutura física do domicílio permitir a efetividade da assistência.(Duarte,2000)

Assim, ao adentrarmos ao domicílio do idoso e de sua família como provedores de cuidado, devemos compreender que nossa ação deve alcançar seu potencial máximo de benefício para esses sujeitos sociais, proporcionando, dessa forma, um cuidado individualizado e humano, o qual, algumas vezes, requer que os profissionais de saúde estabeleçam apenas uma escuta ativa e sensível dos anseios e desejos do idoso e daqueles que o amam.

AÇÕES

A escolha por esse tema foi após analisar o número crescente de idosos no bairro e que precisam ter suas doenças e fatores de risco, bem com vulnerabilidades melhor abordadas.

Com poucos meses de intervenção, após mudanças no agendamento de consultas, priorizando os pacientes idosos, ofertando consultas visando o atendimento espontâneo acessível, mantendo exames complementares periódicos em dia, rastreando doenças crônicas não transmissíveis e adesão ao tratamento proposto, realizando o cadastramento de idosos acamados ou com problemas de locomoção, avaliação multidimensional rápida em dia, avaliação de fragilização da pessoa idosa, exame clínico em dia, orientações nutricionais relevantes e orientações sobre atividade física, orientando sobre a importância do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, orientação familiar, criação de grupos específicos para tratar o idoso de maneira global.

Com pequenas intervenções no atendimento do idoso posso concluir que os benefícios para a população foram visíveis, a satisfação dos usuários e familiares com a escuta atenta aos problemas relatados, o interesse por questões que antes não eram abordadas, o cuidado global da saúde do idoso em vez de uma renovação mecânica de receitas, a maior tranquilidade e acesso ao atendimento médico foram ferramentas essenciais para um atendimento integral, contínuo e longitudinal voltado para as necessidades singulares desta parcela crescente da população.

RESULTADOS ESPERADOS

Para receber o idoso na Unidade de Saúde da Família (USF), a equipe multiprofissional deve estar preparada para entender o processo de envelhecimento nas suas múltiplas dimensões e, a partir daí, propor ações específicas em saúde, já que a probabilidade de adoecer aumenta com a idade, e compreender que os problemas de saúde evidenciados pelos idosos, em geral, são oriundos, concomitantemente, de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Meu projeto de intervenção visa a reorganização da agenda no processo de trabalho, ofertando vagas diárias para demanda espontânea, priorizando o atendimento de pacientes acima de 60 anos. Visa a padronização no atendimento e no registro de informações do idoso na UBS, avaliação multidimensional rápida e da fragilidade da pessoa idosa, criação de grupo específico para a saúde desse grupo de risco, avaliação da solicitação de exames complementares periódicos em dia.

O que se nota atualmente na atenção primária de saúde devido a grande demanda de pacientes a serem atendidos diariamente, é que o atendimento ao paciente idoso muitas vezes se resume a renovação de receita de medicamento de uso contínuo, ignorando riscos e potenciais danos à saúde. Dessa forma, a renovação de receita pode perpetuar o uso de medicações com indicação duvidosa, efeitos colaterais significativos, interações medicamentosas importantes, medicamentos contraindicados e/ou que não são mais necessários.

Implantando uma padronização no atendimento ao idoso, com objetivo na avaliação global com ênfase na funcionalidade do paciente, fortalecemos o vínculo com o usuário, promovendo ações preventivas e de promoção da saúde, diminuindo o risco de morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida do paciente e da família.

REFERÊNCIAS

- PILGER, Calíope; MENON, Mario Humberto; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Oct. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2020.
- MJS Marin; LCO Cecílio. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009;12(1):63-76.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica nº19. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. 192p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.
- PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 28, p. 313-323.
- CAZUFCA, M . Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 36, n. 6, p. 773-778, Dez 2002 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- GUERREIRO Tania ;CALDAS Celia Pereira. Memória e demência: (re)conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
- DUARTE, Y. A. Programa de visita domiciliária ao idoso - PROVIDI. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.38. p.519-537.