



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Raianna Ferreira da Silva

Ferramentas para promover saúde integral aos idosos a partir da visita domiciliar

Florianópolis, Março de 2023

Raianna Ferreira da Silva

Ferramentas para promover saúde integral aos idosos a partir da
visita domiciliar

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Raianna Ferreira da Silva

Ferramentas para promover saúde integral aos idosos a partir da visita domiciliar

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Em fevereiro de 1813, o município de Viana inaugurou o ciclo de imigração europeia de alemães, italianos e açorianos. O município foi criado, oficialmente, em 23 de julho de 1862 com a contribuição também de jesuítas, índios e negros. O município, como muitos outros municípios brasileiros, carece de melhorias em muitos aspectos, tais como: esgotamento sanitário, destino do lixo, abastecimento de água e salário médio mensal. Vale ressaltar também que, Viana possui alguns bairros com altos índices de envelhecimento, apresentando taxa importante de mortalidade por doenças crônicas. Somado a esses desafios que a prefeitura e estado se esforçam para resolver, o reflexo é de possuir muitos pacientes acamados, que necessitam da visita domiciliar como único acesso à saúde. A Atenção Domiciliar, quando realizada por profissionais capacitados e conscientes de suas responsabilidades sociais, é capaz de proporcionar cuidado integral à saúde do idoso e de sua família, além de proteger a infraestrutura do domicílio e arcabouço familiar. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias, superlotação de serviços de urgência/emergência e reduz o risco de infecções. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual, sendo o ambiente domiciliar propício para esta atividade. O objetivo do presente trabalho é alcançar a Atenção Integral à Saúde dos Idosos, que pertencem ao território da Unidade Básica de Saúde Nova Bethânia 1, inserida no município de Viana, a partir da sensibilização e responsabilização da equipe de Saúde da Família; através da identificação dos idosos que necessitam da Atenção Domiciliar, como também contemplando os Cuidados Paliativos, Morte e Luto no cuidado aos idosos e suas famílias. O conhecimento ensinado, aprendido e aplicado é a melhor ferramenta para aperfeiçoar os profissionais de saúde e capacitá-los ao cuidado integral dos idosos, direcionando os últimos ao envelhecimento ativo e saudável com longevidade. Por outro lado, a Atenção Domiciliar é um importante instrumento para promover Saúde, prevenir Doenças e agravos domiciliários. Essa presente monografia busca aliar a Visita domiciliar ao conhecimento sedimentado e propõe uma intervenção objetiva e sem custos com possibilidade de propagação em outras UBS. Capacitar os Profissionais de saúde que conferem assistência aos idosos fragilizados é urgente, pois pesquisas apontam que, um em cada três idosos brasileiros apresentam alguma limitação funcional, logo necessitam da ajuda de familiares ou cuidadores para realizar Atividades Básicas de vida diária. Qualificar os profissionais é o ponto de partida, cujo reflexo será uma Atenção Domiciliar completa e integral. Em decorrência disso, os idosos serão contemplados com mais acesso à saúde, maior qualidade de vida, bem-estar no aconchego do lar e longevidade. Todos serão beneficiados, não somente os idosos, mas seus cuidadores, famílias, comunidades, UBS e até prefeituras e estados. Faz-se necessário promover o conhecimento a cerca das ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento das doenças, reabilitação e continuidade do cuidado à estrutura familiar e do domicílio;

pois isso simboliza desenvolver a capacidade de refletir o potencial de adoecimento e/ou agravamento de cada núcleo familiar.

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte, Cuidados Paliativos, Equipe de Assistência ao Paciente, Saúde do Idoso, Visita Domiciliar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADOS ESPERADOS	31
	REFERÊNCIAS	35

1 Introdução

O município de Viana possui cultura e história diversas. Ao final do século XVI e início do século XVII os portugueses saíram da atual Vila Velha e seguiram pelo Rio Jucu em canoas buscando ouro, até alcançar o local que hoje é a sede do município de Viana. Esta cidade inaugurou o ciclo da imigração europeia de alemães e italianos para o Espírito Santo em fevereiro de 1813, como também foram chamados os Açorianos, a fim de reduzir a escassez da mão-de-obra agrícola e ajudar a povoar as margens da primeira estrada que ligaria Vitória à Minas Gerais. Paulo Fernandes Viana, pioneiro da região, trouxe de Açores cinquenta e três famílias que colaboraram para o povoamento de Viana. Os açorianos receberam casas, terrenos, ferramentas, cavalgaduras e carros de boi, se instalaram nas proximidades do Rio Jucu e de seus afluentes e iniciaram o cultivo de trigo e arroz, melhorando também as culturas de milho e mandioca (PMV, 2017).

Esta cidade teve um Porto da Igreja fluvial bastante movimentado e importante empório comercial, localizado ao Sul da cidade, às margens do Rio Santo Agostinho. Desembarcaram ali os materiais utilizados na construção da Igreja Matriz, tais como objetos religiosos e a imagem de Nossa Senhora da Conceição. O capelão, Frei Francisco Nascimento Teixeira, foi encarregado de fundar naquele local um núcleo populacional. Logo, recebeu algumas terras do governo para atingir essa finalidade. O novo núcleo que se chamava anteriormente Jabaeté, recebeu o nome de Viana em homenagem a Paulo Fernandes Viana. A contribuição cultural deixada pelos europeus pode ser vista ainda hoje a partir dos casarões antigos que resistem ao tempo. Vale enfatizar que, os jesuítas, índios da tribo Puris e negros também ajudaram na construção da história do município, que foi criado oficialmente no dia 23 de julho de 1862, ao ser desmembrado de Vitória (PMV, 2017).

Viana localiza-se na região metropolitana do Estado e em 2010 apresentou uma população total de 65.001 habitantes, consistindo em 1,7% da população total do Espírito Santo. Sua área total é de 311,6 km², sendo que destes 28,21 km² ou 9,0% corresponde a área urbana, onde observamos a existência de 18 bairros (IBGE, 2017). A arborização de vias públicas e a urbanização dessas mesmas vias corresponderam a 19,6% e 18,9%, respectivamente (IBGE, 2010). Vale salientar que, o bairro enfatizado na presente monografia, especificamente a população da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Bethânia 1, possui 6.868 habitantes. A zona rural de Viana compreende sessenta por cento da área total, com destaque para a produção agropecuária, principalmente banana, café e gado, no entanto, a economia do município tem como principais bases de sustentação o comércio, a indústria e os serviços. O comércio é o setor que concentra o maior número de empresas e empregos, seguido da reparação de veículos automotores, e estão instaladas na região sete das cento e cinquenta maiores empresas do Estado. O PIB per capita representa 27.678,29 reais e o setor industrial representa cerca de quarenta e dois por cento do PIB do municí-

pio (IBGE, 2017). Por fim, a população estimada pelo IBGE em 2019 foi corrigida para 78.239 habitantes e a área da unidade territorial foi estimada para 312.279 km².

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo o IBGE 2010, foi de 0,686. O esgotamento sanitário adequado do município, segundo o Censo do IBGE em 2010, foi de 69,6%. Com relação ao destino do lixo, em alguns bairros não ocorre a coleta adequada, sendo uma parte queimada pela própria população local. Outro fator importante a ser destacado é que todos os bairros atingiram mais de 99,0% da existência de energia elétrica. Por fim, no que se refere ao abastecimento de água, 89,1% dos domicílios na área urbana recebem esse abastecimento. Vale a pena salientar que, Viana apresenta o segundo menor índice de concentração de renda da Região Metropolitana e o terceiro melhor em renda per capita. O rendimento médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, atingiu um valor de R\$856,53 em 2010. Sendo que, mais de 20% da população recebem até 2 salários mínimos. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,2 salários mínimos, sendo a população ocupada correspondente a 16.102 pessoas ou 20,9% da população. No entanto, vale lembrar que, em 2010 o IBGE estimou que 37,1% é o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo. Infelizmente, essa cidade possui o segundo maior valor em relação à razão de dependência do estado, com uma razão de dependência média de 45,89%, perdendo apenas para o município de Barra de São Francisco (47,47%). O município de Viana, cujo Bioma consiste na Mata Atlântica e possui o Sistema Costeiro Marinho, possui 21 estabelecimentos de Saúde do SUS (IBGE, 2017) e também possui outros serviços públicos oferecidos à população, tais como Cartórios, Tribunal Regional Eleitoral, Polícia Rodoviária Federal, Correios, Secretaria do Estado da Justiça, Defesa civil, Delegacia, Penitenciária, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Espírito Santo, Câmara Municipal de Viana, Câmara de Arbitragem e Mediação de Viana, Fórum de Viana, Vara de Família, Casa Cidadão Viana, Cartório da Vara da Infância e da Juventude, Órfãos e Sucessões, 1^a vara criminal de Viana, Ofício do Registro Civil e Tabelionato de Notas, Secretaria do Juizado Especial Cível e Juizado Especial Criminal.

Existe uma peculiar característica dos habitantes, observa-se que em somente quatro bairros a população masculina supera a feminina. Em relação à estrutura populacional, os maiores índices de envelhecimento são registrados nos bairros de Vila Bethânia, vizinho ao bairro Nova Bethânia, totalizando 32,2 pessoas acima de 65 anos para cada 100 pessoas menores de 15 anos. Em 2010, o município apresentou 370 mortes, sendo que 94,3% ocorreram na área urbana. Alguns indicadores de mortalidade do município de Viana que merecem relevância são: taxa de mortalidade geral da população de 5,02, taxa de mortalidade por doenças crônicas de 26,61 e o maior número de óbitos foi de idosos com 65 anos ou mais de idade.

O município de Viana, no qual se insere a Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Bethânia 1, possui 76954 habitantes cadastrados, dos quais 17383 são crianças de 0 a 14

anos, representando 22,58% do total populacional; 6009 são adolescentes de 15 a 19 anos, totalizando 7,8%; 44537 são adultos de 20 a 59 anos, correspondendo a 57,87% e 6568 representam os idosos com mais de 60 anos, correspondendo a 8,53% da população total. No entanto, a população idosa apresenta muitos pacientes acamados que necessitam da visita domiciliar como único acesso à saúde. Sendo esse acesso dificultado, muitas vezes, pelas carências advindas do serviço de saúde.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do usuário e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado. A AD proporciona ao usuário um cuidado diretamente relacionado aos aspectos da estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares, o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

A AD deve ser responsabilidade de toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de que as informações relevantes sejam foco da atuação de cada profissional, como também para auxiliar no planejamento das ações de saúde. A Visita Domiciliar pode e deve ser uma poderosa ferramenta para promover saúde integral ao idoso. Essa modalidade de atenção deve ser realizada de forma crítica, sistemática, obedecendo regras, limites e objetivos previamente definidos, objetivando se tornar um importante instrumento para promover saúde aos idosos que necessitam dessa modalidade de atendimento.

Por fim, as visitas domiciliares para usuários que possuem doença ameaçadora à vida devem considerar os cuidados paliativos, como também a abordagem do processo de Morte e Luto aos seus familiares (BRASIL, 2013). Proteger, esse é o significado de paliar, derivado do latim *pallium*, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual e o ambiente domiciliar é propício para esta atividade (CARVALHO; PARSONS, 2017).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver estratégias na realização de Atenção Domiciliar (AD) para atenção integral à saúde dos idosos na população adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Bethânia 1, no município de Viana/ES.

2.2 Objetivos específicos

- Sensibilizar os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) sobre a importância e responsabilidade na AD para atenção integral à saúde dos idosos.
- Identificar os idosos com necessidade de AD na população adscrita, bem como suas necessidades específicas para o cuidado no domicílio.
- Abordar Cuidados Paliativos, Morte e Luto, aos idosos e suas famílias, na Atenção Primária à Saúde.

3 Revisão da Literatura

Atenção Domiciliar

As mais antigas referências históricas em Medicina no Domicílio remetem a um médico chamado Imhotep, que viveu na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) e atendia inclusive ao Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, Asklépios atendia no domicílio da pessoa, e seus seguidores atendiam em templos, onde havia medicamentos e materiais especiais. Hipócrates, considerado por muitos como a figura mais importante sendo conhecido como o “Pai da Medicina” no século V a.C., descreveu a eficiência de atender a pessoa na residência. Samuel Hanneman, criador da homeopatia, no final do século XVII passou a visitar as pessoas enfermas, permanecendo junto aos leitos, no domicílio, o maior tempo possível. Portanto, a visita domiciliar para fins de cuidado e conforto aos necessitados, voltada ao assistencialismo, à caridade e à religião, foi prática comum por séculos, com registros desde o fim do século XIX, porém sem organização (GUSSO; LOPES, 2012).

A organização da Visita Domiciliar teve como primeira referência em 1796 o Dispensário de Boston. Desde o fim do século XIX até o início do século XX, o médico atendia no domicílio. Era um frequentador da casa das famílias e compartilhava não somente as doenças, mas parte dos momentos significativos da vida familiar, acompanhando o ciclo vital, como nascimentos, casamentos, conflitos e segredos que eram divididos. As pessoas nasciam e morriam em suas casas, acompanhadas pelos seus entes queridos. A carência dos recursos terapêuticos exigia escuta, compreensão e apoio no enfrentamento das dificuldades e perdas. Essa imagem do Médico de Família e Comunidade sentado à cabeceira do paciente foi imortalizada no imaginário das pessoas, com certa nostalgia de um tempo mais rural e com menos recurso tecnológico. No entanto, a urbanização que se acentuou a partir dos anos 1930-1940 trouxe o desenvolvimento tecnológico que, aumentava a expectativa de vida, mas valorizava as especialidades, fragmentando o cuidado e transformando o hospital em centro essencial de cuidados, modificando completamente o processo de trabalho na área da saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

No Brasil, a primeira organização de assistência domiciliar foi criada em 1949 sendo denominada Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Outra experiência refere-se à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que desenvolvia a oferta de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade com abordagem integral da família, sendo a visita domiciliar realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento. Essas atividades estavam muito relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS), como incentivo à promoção de saúde, à prevenção de doenças, ao monitoramento de grupos vulneráveis e à vigilância sanitária. Na década de 1970, houve a crise do modelo econômico e o advento de novas correntes de pensa-

mento, passando a existir a atenção domiciliária ambulatorial profissional treinada e com objetivos claros e definidos. Ou seja, embora seja uma prática antiga, a sistematização como estratégia e ferramenta do cuidado é algo relativamente recente. No início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial surgiu o “Home Care”, serviço organizado na forma de cuidado domiciliar concentrada nos grandes centros e em empresas privadas. No entanto, a grande mudança ocorreu com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no início do ano de 1990, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994. Vale enfatizar que, a ESF revolucionou o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo competências, habilidades e novas formas de pensar e realizar a APS (GUSO; LOPES, 2012).

Na atualidade, o domicílio é entendido como o próprio ambiente familiar e é nesse ambiente que se constrói, principalmente no aspecto afetivo, “o conjunto das mais poderosas forças” que influenciam diretamente na proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos. Logo, é legítimo reconhecer nessa prática um aspecto demasiadamente relevante na abordagem de saúde da pessoa e da sua família. As visitas domiciliares são reconhecidas como uma prática de inquestionável importância e relevância não somente para o descobrimento, como também para abordagem de problemas, diagnósticos, busca ativa, prevenção de agravos, promoção da saúde, reabilitação e integralidade do cuidado (GUSO; LOPES, 2012).

Segundo Gusso e Lopes (2012), há diferentes conceitos que caracterizam o cuidado domiciliar. A Atenção Domiciliar é conhecida como o atendimento ou cuidado no domicílio, sendo a categoria mais ampla, que inclui as demais denominações, tendo caráter ambulatorial e envolvendo ações preventivas e curativo-assistenciais. Baseia-se na interação do profissional com a pessoa, com sua família e com o cuidador, quando esse existe, constituindo um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, conforme a necessidade, envolvendo ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas e sociais que influenciam diretamente no processo saúde-doença. A Assistência Domiciliar está relacionada a todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a Equipe de Saúde da Família. Não considerando a complexidade ou o objetivo do atendimento, que pode ser desde uma orientação simples até um suporte ventilatório invasivo domiciliar. O Atendimento Domiciliar é a categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser realizada e operacionalizada através da visita ou da internação domiciliar, envolvendo atividades que vão desde a educação e prevenção até a recuperação e manutenção da saúde das pessoas e de seus familiares no contexto de suas residências; abrangendo ou não cuidados multiprofissionais e pode ser semelhante a um consultório em casa. Outros autores ainda o relacionam a uma atenção mais pontual e temporária, ligada diretamente a situações agudas.

A Visita Domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educa-

tivas, sendo geralmente programada e utilizada com o objetivo de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações. A Internação Domiciliar é uma categoria mais específica, envolvendo a utilização de aparato tecnológico no domicílio, de acordo com as necessidades de cada paciente ou situação, vale ressaltar que, não substitui a internação hospitalar, mas pode constituir uma continuidade dessa, de forma temporária. A Vigilância Domiciliar é decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de educação, prevenção, promoção e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à Vigilância de Saúde que a USF desenvolve. Por fim, o Acompanhamento Domiciliar corresponde ao cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe. Os idosos que possuem dependências e limitações recebem destaque quanto a utilização desse acompanhamento. Por exemplo, idosos com Síndrome da Fragilidade, idosos com Síndrome da Imobilidade, idosos portadoras de doenças crônicas que apresentem dependência física, idosos em fase terminal, idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos, egressos do hospital que necessitem de acompanhamento devido alguma condição que os incapacite de comparecer na Unidade de Saúde da Família (USF), idosos portadores de doença mental ou neurológica, os quais determinem dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da USF, dentre outros (GUSSO; LOPES, 2012).

Idosos, fragilidades e imobilidade

O Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 28 milhões de pessoas a partir dos 60 anos. Atualmente, a proporção de pessoas idosas no país alcançou 13,7% da população geral. Nesse grupo, o que mais expressivamente cresce é dos idosos longevos, que vivem 80 anos ou mais. Estima-se que, em 2030, o número de brasileiros com 60 anos ou mais de idade ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos. No entanto, uma análise realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), mostrou que um em cada três idosos brasileiros apresentava alguma limitação funcional, correspondendo a 80% ou cerca de 6,5 milhões de idosos, que precisam da ajuda de familiares ou cuidadores para realizar alguma atividade básica de vida diária, como fazer compras ou vestir-se. Por outro lado, 360 mil não possuem esse apoio. Esses números dimensionam o desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira (SAÚDE, 2020)

Sobre esse tema o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2019) aponta que Viana localiza-se na região metropolitana do Estado e apresenta uma população total de 78.239 habitantes, destes apenas 5.166 são idosos, sendo 2415 idosos do sexo masculino (1450 de 60-69 anos e 965 com 70 anos ou mais) e 2751 idosas do sexo feminino (1513 de 60 a 69 anos e 1238 com 70 anos ou mais). Dos idosos entre 60-69 anos, 1282 são da área urbana e 168 da área rural. Dos idosos com 70 anos ou mais, 837 são da área urbana e 129 da área rural. Das idosas, entre 60-69 anos, 1362 são da área urbana e 151 são da área rural. Das idosas com mais de 70 anos, 1104 são da área urbana e 134 da área rural.

Os Indicadores Socioeconômicos de bairros dos municípios do estado do Espírito Santo mostraram que em relação à estrutura populacional, os maiores índices de envelhecimento são registrados nos bairros de Vila Bethânia, totalizando 32,2 pessoas acima de 65 anos para cada 100 pessoas menores de 15 anos. A Taxa de mortalidade geral da população foi de 5,02 e a taxa de mortalidade por doenças crônicas de 26,61. Vale salientar que, o maior número de óbitos foi de idosos com 65 anos ou mais de idade. Vale enfatizar que, o número de idosos citado na introdução do presente TCC difere do quantitativo total do ano de 2019 exposto nessa revisão de literatura, representando uma pequena parcela da população total com substancial redução no período de um ano. Essa presente menção é proposital, a fim de promover uma reflexão a cerca do tratamento e cuidados que estão sendo destinados aos nossos idosos, sobretudo os mais necessitados (SANTO; SEP; IJSN, 2020) .

Entende-se por senescência ou senectude, o somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal. Em contrapartida, a senilidade, é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa. Outro fato que merece ser destacado é que, diferentemente das pessoas mais jovens, nos idosos portadores de doenças, muitas vezes múltiplas, há a somatória dos efeitos das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento normal e os decorrentes de modificações funcionais produzidas pela presença de doenças concomitantes. Logo, os efeitos da primeira podem atuar sobre os da última, induzindo graus variáveis de interação, podendo produzir ação deletéria muito acentuada. Com o número crescente de pessoas muito idosas, esta situação merece mais atenção e desencadeou o surgimento de um novo foco de abordagem, utilizando o conceito de fragilidade (FREITAS et al., 2016).

A fragilidade é uma síndrome de declínio espiral de energia, embasada por um tripé de alterações relacionadas com o envelhecimento, quais sejam: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. Os idosos portadores desta tríade estão mais propensos à redução acentuada da massa muscular e a um estado inflamatório crônico que, se associados a fatores extrínsecos como a incidência de doenças agudas ou prevalência de doenças crônicas, a redução da ingestão alimentar, a imobilidade e outros, culminaria num ciclo vicioso de redução de energia e aumento da dependência e suscetibilidade a agressores. No Brasil, em uma amostra de 5.638 idosos participantes do estudo FIBRA, projeto multicêntrico de avaliação da fragilidade em idosos brasileiros, 8% foram classificados como frágeis pelos critérios e 52,7% como pré-frágeis (FREITAS et al., 2016).

Em diversos estudos, idosos classificados como frágeis apresentam maior taxa de hospitalização, sofrem mais quedas, apresentaram piora nas atividades cotidianas e maior mortalidade, ou seja, implica desfechos negativos. Diversos estudos, incluindo o estudo FIBRA, associam a prevalência da fragilidade a idade mais avançada, dependência funcional, presença de quedas, ao nível educacional, baixa renda e comorbidades. A subfração do idoso muito idoso, com mais de 75 anos, é a que mais se destaca e que traz consigo alte-

rações crônicas degenerativas, apresentando um acentuado declínio funcional e tornando-se fragilizados. Estudos com idosos que possuem idade superior a 75 anos mostraram que, após essa idade, a perda funcional ocorre de forma corriqueira e em maior velocidade. Logo, essa idade é um “divisor de águas” depois da qual a incapacidade, imobilidade e mortalidade crescem rapidamente. É justamente esse grupo, geneticamente seletivo e que superou por décadas as intempéries de sua existência, que passará grande proporção de sua expectativa de vida confinado ao leito, representando um demasiado sofrimento existencial (FREITAS et al., 2016).

Em resumo, os idosos fragilizados são os indivíduos que têm mais de 75 anos, dependem de terceiros para realização das atividades de vida diária (AVD), são incapazes de movimentar-se, são desnutridos, usam múltiplos fármacos e apresentam alterações nos exames laboratoriais. Eles geralmente são mantidos confinados no leito e, devido a essa imobilidade, adquirem ou evoluem para outras complicações, que chamamos de Síndrome de Imobilização (SI). Segundo Pietro de Nicola, a SI resulta, principalmente, do fato de que todos os órgãos e sistemas podem ressentir-se, gravemente, da própria imobilidade e de suas consequências, a começar pela deterioração intelectual e comportamental, por exemplo: dos estados depressivos, dos distúrbios cardiovasculares, respiratórios, digestivos e metabólicos, desnutrição, constipação intestinal, osteoporose, hipotonia muscular, contratura e negativação do balanço nitrogenado (FREITAS et al., 2016).

Saúde Integral do Idoso e Atenção Domiciliar Multiprofissional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou desde 1947 o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição de saúde da OMS é um avanço em relação ao proposto nos modelos biomédicos (OPAS; OMS, 2020)

O processo de envelhecimento compreende o estado de saúde que transcende os limites puramente biológicos, e compreende mais que o controle das doenças, pois o objetivo maior é a melhoria da qualidade de vida. Para atender essa visão abrangente de saúde deve ser considerada a complexa interrelação dos aspectos psicológicos, físicos e funcionais da saúde e da doença, além dos fatores ambientais e das condições socioeconômicas. Para colocar em prática esse conhecimento faz-se necessário uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, a ser realizada, preferencialmente, por uma equipe interdisciplinar. A avaliação gerontológica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico frequentemente interdisciplinar, planejado para abordar problemas médicos, psicossociais e funcionais do idoso, objetivando desenvolver um plano amplo de tratamento e acompanhamento a longo prazo. Atualmente, a avaliação deve atender-se prioritariamente, à capacidade funcional, que é o foco de atenção ao idoso, constituindo-se no indicador mais relevante de bem-estar das populações idosas (FREITAS et al., 2016).

A atenção à saúde do idoso, passou a ser exercida há algum tempo por profissionais de diversas áreas de saúde, que, por serem responsáveis, dentro de uma equipe, por determi-

nado campo do conhecimento, têm condições de fazê-lo com mais eficiência e competência. Agindo de tal maneira, conseguimos colocar em prática a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), qual seja de determinação que quaisquer atividades planejadas de promoção da saúde, deverão incluir atuações no campo biológico, psicossocial, legal e político, ressaltando que a promoção da saúde do idoso deverá estar sob responsabilidade de uma equipe interdisciplinar. Vale ressaltar que, concomitante a isso, têm importância a interação e a integração dos componentes da equipe, pois, haverá não só uma visão mais abrangente da pessoa idosa, mas o estímulo à formação de conhecimentos de todos os profissionais, que poderá ser, finalmente, a garantia da funcionalidade, autonomia, independência, ou “apenas” o importante completo bem-estar do idoso, da sua família e da comunidade (FREITAS et al., 2016).

Cuidados paliativos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO) considera que os Cuidados Paliativos (CPs) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica ameaçadora à vida ou potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos devem garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, mediante prevenção e alívio do sofrimento pela detecção precoce e tratamento da dor ou outros sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive a fase de luto. Idealmente, os CPs deveriam ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, sendo adaptados para as crescentes necessidades dos doentes e dos seus familiares, à medida que a doença progride. Os princípios dos CPs incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, minimizando os sofrimentos físicos, sociais, emocionais e espirituais, até a sua morte (BRASIL, 2013).

São diversos os benefícios dos Cuidados Paliativos no ambiente domiciliar. Primeiramente, o paciente encontra-se dentro do seu próprio ambiente conhecido, mantendo sua intimidade e privacidade; o paciente pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A sua alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Logo, fortalece a sua autonomia como usuário e sua integridade como pessoa, respeitando suas histórias de vida e seu adoecimento. Por outro lado, a família também é beneficiada, pois possui maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado, sentem que respeitam a vontade do paciente em permanecer no domicílio, como também podem prevenir o luto patológico. Por último, mas não menos importante, o Sistema de Saúde pode reduzir internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, propiciando alocação adequada de recursos (BRASIL, 2013).

Há uma demanda natural dos profissionais da saúde no encaminhamento de pacientes no final da vida para a Atenção Domiciliar (AD). Logo, vale ressaltar a necessidade da

abordagem dos CPs nessa área e também o reconhecimento da AD como braço assistencial importantíssimo para implementação de CPs de forma abrangente e equitativa, principalmente na nossa realidade e em outros países que tenham limitações de recursos na Saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais. Os CPs demandam, basicamente, boa comunicação, tratamento dos sintomas no final da vida, geralmente de baixo custo, e ótima coordenação do processo do cuidar. Vale ressaltar que, morrer na própria casa é um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final de suas vidas e isso se repete não somente no Brasil, mas em vários países. Os grandes pilares do trabalho das equipes de AD nos cuidados paliativos devem: Atuar com competência cultural, a fim de reconhecer adequadamente os valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada a humildade cultural, para enfatizar o respeito dessas mesmas características observadas; Comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e aos familiares receber todas as informações necessárias e expressar todos os seus sentimentos; Atingir o maior nível de controle dos sintomas, enfatizando a dor; Preparar o paciente e seus familiares para a morte, respeitando os limites de cada um e proporcionando o máximo alívio do sofrimento; Preparar e ensinar os cuidadores e familiares sobre o cuidado paliativo domiciliar; Proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possíveis (BRASIL, 2013).

Há ainda um outro grupo de pacientes que merece destaque na discussão do presente tema, quais sejam indivíduos que chegam à Síndrome da Imobilidade (SI), que são, geralmente, idosos fragilizados. A SI consiste num momento de grande sofrimento para o paciente e seus familiares. É a fase na qual a degradação da qualidade de vida chega ao limite do tolerável ou aceitável. Sendo esse quadro irreversível, não se justifica manter a qualquer custo sua existência e seu sofrimento. Apesar disso, cabe a toda equipe multiprofissional o máximo de zelo e empenho, a fim de trazer certo conforto para os familiares e para aquele que está próximo da morte, ou seja, aplicação de cuidados paliativos aos pacientes que se encontram fora da possibilidade terapêutica de cura. Usar oxigênio, sonda para hidratação e alimentação, analgésicos, opióides, bom aquecimento, posicionamento no leito, higiene e a presença constante de familiares dividindo os últimos cuidados são essenciais e primordiais (FREITAS et al., 2016).

Morte e luto

Na Idade Média, os indivíduos reconheciam a morte como parte da vida, e os rituais envolviam os familiares e a comunidade. Ao longo dos séculos, essa relação com a morte teve transformação, fazendo com que o ser humano ficasse cada vez mais afastado desse tema. Com o processo de incorporação da tecnologia à medicina, iniciado no século XIX, surgiram novos recursos para o prolongamento da vida, transformando os hospitais em locais voltados para a cura; logo, as pessoas passaram a morrer cada vez mais nos hospitais, afastadas da família e submetidas a diversos procedimentos. Predominou a “morte moderna” ou distanásia, onde a imagem da morte desperta temor por estar revestida

de isolamento, sofrimento e dor. Posteriormente, surgiram movimentos em defesa dos direitos das pessoas e da humanização das práticas de saúde, dentre esses o "movimento *hospice*", iniciado na Inglaterra e que se espalhou pelos Estados Unidos da América e Canadá. Esse movimento focava no cuidado ao indivíduo em fase terminal e de seus familiares, durante o adoecimento e na fase de luto, reivindicando uma medicina direcionada ao controle da dor e de outros sintomas, englobando as dimensões espiritual, psicológica e social. Em contraposição à "morte moderna", surge o modelo de "morte contemporânea", ou ortotanásia, ou ainda "boa morte", quando os profissionais atuam buscando melhorar a qualidade de vida da pessoa doente até o momento da sua morte, incluindo o processo de luto da família. Diante do contexto atual de transição epidemiológica e demográfica, com crescente envelhecimento e maior longevidade populacional, bem como aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, abordar os cuidados paliativos e a morte na atenção primária é de extrema relevância, corroborando a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

No período da doença, os familiares desempenham um importante papel no cuidado, e suas reações contribuem para a reação do doente. As necessidades da família variam desde o início da doença e ainda permanecem algum tempo após a morte. Assim como a pessoa com doença terminal não deve encarar a morte o tempo todo, o membro da família também não pode excluir suas outras atividades e interações para ficar somente com a pessoa doente. É muito valioso dosar o gasto energético para que, no momento mais necessário, não esteja esgotado. Outra importante questão que deve ser abordada é a comunicação entre o médico, a pessoa doente e a família. Existe uma tendência ao ocultamento dos sentimentos para o doente, como também um esforço, tanto do familiar como do profissional, para que a verdade não seja dita ou sentida. No entanto, a superficialidade da comunicação, na maioria das vezes, acaba fazendo com que o indivíduo descubra, colocando em risco a relação de confiança estabelecida com familiares e profissionais de saúde. Vale enfatizar que, é muito importante comunicar o diagnóstico, ajudar na manutenção da esperança e garantir que estará junto da pessoa e de sua família nessa batalha, até o resultado. Caso contrário, é grande a possibilidade de ocorrer distanciamento, isolamento e transmissão dos sentimentos de desânimo, de pesar e de desespero através da família, o que não contribui na lida da situação (GUSSO; LOPES, 2012).

O luto é um processo esperado após o rompimento de um vínculo e da íntima relação com os contextos sociais e históricos. Como um tipo de ritual transicional, os rituais de morte e luto demarcam estágios do processo de "morte social" do indivíduo, que, cronologicamente, difere da morte biológica. A partir desse processo de desconstrução da identidade social da pessoa falecida, os familiares reafirmam a sua continuidade na ausência daquele ente tão querido. Há uma necessidade urgente de identificação mais aprofundada das barreiras na oferta de cuidados paliativos, morte e luto de qualidade na Atenção Primária e no domicílio. Nesse contexto, os Médicos de Família e Comunidade têm um papel crucial

e primordial a desempenhar no fornecimento desses cuidados na Estratégia de Família e Comunidade. As tradições e os valores da medicina generalista corroboram as intenções dos cuidados paliativos, buscando um relacionamento contínuo entre a família da pessoa enferma e os profissionais, com continuidade da assistência e da capacidade de realizar atendimento em cooperação com outros profissionais da saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

Políticas Públicas Relevantes à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando acrescentar, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam diretamente no envelhecimento. Por exemplo, as políticas públicas poderiam promover modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, a partir do estímulo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência urbana e familiar, o acesso e consumo de alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, álcool, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique um ganho substancial em qualidade de vida, longevidade e saúde. Sua implementação envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado nas necessidades tornando os idosos como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem reconhecadora do direito dos idosos à igualdade de tratamento e de oportunidades em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem dá ao idoso a autoresponsabilidade no exercício de sua participação tanto nos processos políticos, como também em outros aspectos da vida em comunidade (SAÚDE, 2006).

A Promoção à Saúde da População Idosa e as implementações de ações locais deverão ser norteadas através das estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006) adotando as seguintes prioridades: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade a partir do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz com promoção do desenvolvimento sustentável (SAÚDE, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, é uma implementação de responsabilidade da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde. Define-se que, a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada, tanto de média, quanto alta complexidade. As principais diretrizes dessa política são: envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento do controle social, incentivo aos estudos/pesquisas e garantia de orçamento. Essa Coordenação, publicou, nos anos de 2013 e 2014, o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, cujo objetivo é orientar a organização

do cuidado ofertado à pessoa idosa no SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer ainda mais a articulação, qualificação do cuidado e ampliação do acesso da pessoa idosa às Redes de Atenção à Saúde. A Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, apresenta-se como ordenadora do cuidado e este deve considerar as especificidades dos idosos, a partir de sua capacidade funcional. Logo, a estratégia fundamental é a avaliação multidimensional da pessoa idosa, que auxilia no planejamento do cuidado, sendo realizada, necessariamente, por equipe interdisciplinar. Algumas iniciativas integradas são importantíssimas para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional específico, como a capacitação dos profissionais, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno da Atenção Básica (CAB 19) (SAÚDE; MINISTRO, 2020) .

A Atenção Básica/ Saúde da Família deve se responsabilizar pela atenção à saúde de todos os idosos que estão em sua área de abrangência, inclusive, aqueles que se encontram em instituições, públicas ou privadas com base no princípio de territorialização. A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, seja por demanda espontânea, seja por busca ativa, identificada através de visitas domiciliares, deve consistir em um processo de diagnóstico multidimensional que é influenciado por diversos fatores, tais como: ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica envolvendo aspectos biológicos, psíquicos, funcionais , sociais e exame físico. Na Atenção Básica espera-se oferecer ao idoso e à sua rede de suporte social, como familiares e cuidadores, quando existentes, uma atenção humanizada com acompanhamento, orientação e apoio domiciliar, com respeito sempre às culturas locais, espiritualidade, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas a fim de facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde em 2006. A adoção de intervenções que são capazes de criar ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantíssimas em todos os estágios da vida e influenciarão ainda mais no envelhecimento ativo (SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde tem priorizado ações que fortaleçam a organização de serviços de atenção investindo na promoção da saúde, acesso a serviços e qualificação de profissionais, a partir da implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que permite conhecer as necessidades de saúde dessa população específica atendida na atenção básica. Através da Caderneta, é possível identificar o comprometimento da capacidade funcional, vulnerabilidades, condições de saúde, hábitos de vida, além de oferecer orientações para o seu autocuidado (SAÚDE, 2020).

As doenças crônicas não transmissíveis, como o Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respondem por 72% das mortes no Brasil. A má alimentação, sedentarismo, consumo de álcool e cigarro colaboram para o aparecimento destas enfermidades e exigem formas de organização do sistema para promover a prevenção e o cuidado. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou

o Plano Nacional de Doenças Crônicas, que reúne ações mais específicas para ampliar a longevidade com melhoria da qualidade de vida. Uma delas é o incentivo à alimentação de forma saudável. Além de orientação na atenção básica, o Ministério da Saúde lançou em 2014 o Guia Alimentar para a População Brasileira, relatando os caminhos e cuidados para alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Em 2015, para complementar essa ação, foi lançada a publicação de Alimentos Regionais Brasileiros, que divulga a variedade de alimentos no país orientando as práticas culinárias. Ainda sobre alimentação e nutrição, a pasta lançou o Plano Nacional de Redução do Sódio em Alimentos Processados com a meta de tirar 28.562 toneladas de sódio dos alimentos processados até o presente ano, qual seja 2020. A ação reduzirá em 15% os óbitos por Acidente Vascular Encefálico e 10% por Infarto Agudo do Miocárdio (SAÚDE, 2020).

O Programa Academia da Saúde refere-se a espaços públicos com infraestrutura e equipamentos adequados; e profissionais qualificados para promover atividade física e práticas corporais, promoção da alimentação saudável e educação em saúde. Atualmente existem 1.165 polos em todos os estados brasileiros (SAÚDE, 2020).

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), oferece pelo calendário nacional de vacinação cinco tipos de vacinas para a população idosa: Hepatite B, Febre Amarela, dT (difteria e tétano), Influenza e Pneumocócica 23. A pneumocócica 23, que protege contra pneumonia, é ofertada para pessoas com 60 anos ou mais que vivem em instituições fechadas, como hospitais, casas geriátricas, asilos e casas de repouso. Já a influenza, é ofertada através de campanhas anuais para pessoas com 60 anos ou mais de idade. Em 2016, o percentual de cobertura da vacinação de idosos estava em 97% quando foram aplicadas 20 milhões de doses. Por outro lado, em 2011, o percentual de cobertura era de 84%. As outras três vacinas mencionadas anteriormente, são ofertadas no Calendário Nacional de Vacinação do SUS para toda a população idosa e estão disponíveis durante todo o ano em mais de 36 mil salas de vacinação do país (SAÚDE, 2020).

A Atenção Domiciliar é indicada para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair de suas casas para chegar até uma Unidade de Saúde. O Programa Melhor em Casa, proporciona o atendimento domiciliar com equipes que são multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Cerca de 70% dos atendimentos do Melhor em Casa é destinado aos idosos, o que corresponde a cerca de 86.800 pessoas (SAÚDE, 2020).

Por meio do Programa Farmácia Popular, o Ministério da Saúde disponibiliza medicamentos gratuitamente para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que atende, principalmente, a população idosa. Além disso, o programa oferece mais 11 itens, entre medicamentos, e a fralda geriátrica, com preços até 90% mais baratos e acessíveis. O Governo Federal investiu, nos últimos dez anos, R\$ 10,4 bilhões para ampliar o Programa, sal-

tando de um orçamento de R\$ 34,7 milhões, em 2006, para R\$ 2,8 bilhões no ano passado (SAÚDE, 2020).

Vale salientar ainda que, o Programa de Qualificação em saúde da Pessoa Idosa foi elaborado em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e já capacitou 2.083 profissionais, possuindo 13.333 inscritos. Atualmente, está em andamento um curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa à distância, destinado aos profissionais atuantes no SUS. Já foram formadas mais de 1.500 pessoas. Além disso, são realizadas oficinas em parceria com os gestores locais municipais. No período de 2012 a 2016, já foram realizadas 17 oficinas de prevenção das quedas, em que foram capacitados 1.979 profissionais. Também foram distribuídos em 2014 e 2015, mais de 17 mil exemplares do Guia Prático do Cuidador, mais de 6 mil exemplares do Estatuto do Idoso; 6 mil folders das Diretrizes para o cuidado das Pessoas Idosas no SUS como a Proposta de Modelo de Atenção Integral, e mais de 45 mil encartes sobre Dicas importantes para envelhecer com saúde (SAÚDE, 2020).

4 Metodologia

A informação, o estudo e o treinamento são as melhores ferramentas capazes de aperfeiçoar os profissionais de saúde e capacitá-los para cuidar de todas as condições que envolvem e afligem as pessoas idosas, direcionando-as ao envelhecimento ativo e saudável com longevidade. Organizar a gestão da Atenção Básica com enfoque na Atenção Domiciliária de acordo com as necessidades dos idosos frágeis é fundamental. Essa população específica necessita de uma equipe multiprofissional e interprofissional periodicamente, desempenhando funções que são de suas reponsabilidades, potencializando assim o cuidado integral à saúde, enfatizando as demandas, vulnerabilidades e especificidades da pessoa idosa.

Essa presente monografia propõe uma intervenção clara, objetiva, acessível, sem custos, sem comprometimento significativo do tempo, com possibilidade real de propagação em outras Unidades de Saúde e que pode ser iniciada a qualquer momento. Sendo Médica atuante na Atenção Básica com enfoque na Estratégia de Saúde da Família e pós-graduanda em Atenção Básica, realizarei um curso de capacitação à equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Nova Bethânia 1, do município de Viana, a ser realizado à qualquer momento, com aplicabilidade imediata, mediante autorização da Coordenação.

O curso acontecerá num período de 3 horas por semana, durante 4 semanas, totalizando uma carga horária de 12 horas/aula. Quanto ao cronograma das atividades, teremos 4 grandes temas que serão abordados, quais sejam: Atenção domiciliar e peculiaridades pertinentes aos idosos, na primeira semana; Identificação dos idosos com necessidade à visita domiciliar, na segunda semana; Responsabilidades e atribuições individuais de cada profissional da saúde envolvido, a fim de promover saúde integral ao idoso na terceira semana e Abordagem dos cuidados paliativos, morte e luto na atenção domiciliar na quarta semana.

Após a capacitação, o Profissional da Saúde deverá realizar uma Atividade Avaliativa composta por questões de múltiplas escolhas e discursivas, totalizando 20 questões. Serão 5 questões de cada assunto citado no parágrafo anterior, sendo atribuída nota 0,5 ponto por questão acertada. O profissional que obtiver nota acima de 7 ganhará o certificado de Capacitação na Atenção Primária à Saúde com enfoque na Saúde Integral do Idoso Frágil, com carga horária de 12 horas/aula.

O Curso de Capacitação à Saúde Integral do Idoso Frágil deverá ser composto pela equipe de Saúde da Família atuante na UBS Nova Bethânia 1, correspondendo a uma Médica, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem e quatro Agentes Comunitárias de Saúde. O convite para o curso acontecerá durante uma reunião com os profissionais de saúde citados e a Coordenadora da Unidade. Será realizada uma apresentação sobre a

epidemiologia dos idosos em ascensão no município e no país. O

objetivo da reunião, além de realizar o convite, é conscientizar os envolvidos sobre a importância de capacitação na área, pois pesquisas apontam que um em cada três idosos brasileiros apresentam alguma limitação funcional, correspondendo a 80% ou cerca de 6,5 milhões de idosos que precisam da ajuda de familiares ou cuidadores para realizar alguma atividade básica de vida diária. No município, em 2018, havia 6568 idosos, correspondendo a 8,53% da população, no entanto, em 2019, o número de idosos reduziu para 5166. Uma vez que, até o início do segundo semestre de 2020, 75% da população brasileira que morreu devido COVID-19 pertencia ao grupo dos idosos, o número total de pessoas com mais de 60 anos deve reduzir ainda mais. Isso nos traz preocupação e muitos questionamentos.

Os profissionais de Saúde estão capacitados para atender esses idosos com todas as suas vulnerabilidades? Esses profissionais estão usando todas as ferramentas e conhecimentos necessários para aumentar a expectativa de vida dessa população, quando possível? Esses idosos que morreram por doenças crônicas ameaçadoras à vida, por exemplo, receberam Cuidados Paliativos e foram amparados integralmente em suas casas? Seus familiares e cuidadores receberam atenção e acolhimento no período da morte e no processo do luto?

Os profissionais da Saúde precisam ser capacitados em Atenção Domiciliar. Essa modalidade de Atenção não consiste apenas em uma consulta e tratamento da doença na moradia do paciente. Entretanto, compreende um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, com garantia da continuidade do cuidado.

Aplicar uma ferramenta para identificar os idosos que necessitam da Visita Domiciliar é de extrema relevância à Atenção Primária. A partir dos dados presentes na ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e outros identificáveis na rotina das equipes de saúde da família é possível planejar ações na equipe, perceber a interrelação entre os fatores de risco, como também instrumentalizar apoio para as intervenções no território.

Diante da necessidade urgente de delimitação e responsabilização do cuidado entre os Profissionais de saúde da equipe, cada profissional deverá ter clareza quanto ao seu papel no ato de cuidar e reabilitar, considerando suas capacitações técnicas e legais, com foco na atenção à saúde da pessoa idosa, como também nas expectativas de sua família. As decisões que provêm do conhecimento técnico dos profissionais da saúde envolvidos na Visita Domiciliar devem ser esclarecidas e consensuadas ao idoso, à família e ao cuidador, pois, de forma contrária, não haverá a construção unida e compartilhada da responsabilização do cuidado de forma plena entre todos os envolvidos. Dentro dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde, o Técnico em Enfermagem, o Enfermeiro e o Médico possuem papéis profissionais fundamentais, individualizados e coletivos que devem ser exercidos plenamente no cuidado domiciliar.

Ensinar os Cuidados Paliativos (CP), o processo do Morrer e do Luto aos Profissionais

de Saúde resume-se em algo de preciosíssimo valor aos que não tiveram esses conteúdos em suas graduações ou cursos, ou ainda tiveram, mas de forma breve e sem profundidade. Esses temas ainda são considerados “tabus” e são vistos com preconceito pela sociedade. Os CP referem-se ao cuidado destinado às pessoas que enfrentam sofrimentos com o progredir da(s) doença(s) crônica(s) e proximidade com a morte, que são comumente abandonadas no modelo assistencial preponderante em nosso país.

Vale salientar ainda a importância do Assistente Social e Psicólogo nesse contexto, no entanto, a UBS Nova Bethânia 1 não dispõe desses profissionais como membros integrantes da equipe. Ao contrário do PSF Santa Luiza em Vitória - ES que tinha esses dois profissionais otimizando substancialmente as visitas domiciliares outrora realizadas. O Assistente Social realiza a abordagem completa do contexto social, econômico e familiar, sendo de inestimável valor tê-lo na realização da atenção domiciliar, sobretudo tratando-se de idosos frágeis e vulneráveis. Por outro lado, a Psicologia voltada à pessoa idosa é de fundamental importância, uma vez que esse grupo populacional já possui o sistema cognitivo, funcional e emocional comprometidos, sobretudo os que recebem Cuidados Paliativos.

A presença do apoio psicológico nesses casos seria imprescindível para minimizar ou suavizar os impactos na vida do paciente e de sua família/cuidador. Vale salientar também que, a Unidade de Nova Bethânia 1 possui um Dentista e uma Auxiliar de Dentista para duas equipes, logo, dispor desses profissionais na Atenção Domiciliar contribuiria para Saúde Integral do idoso, contemplando a saúde bucal. As doenças orais dos idosos teriam acesso a promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças. E por último, mas não menos importante, o curso de capacitação não acarretará nenhum custo financeiro aos cofres públicos, terá uma curta duração, dispõe dos recursos humanos necessários para realização e poderá ser reproduzido com outra equipe da UBS e outras Unidades de Saúde do Município pertencentes a outros territórios.

5 Resultados Esperados

O Curso de Capacitação destinado aos profissionais da Saúde da equipe de Saúde da Família promoverá uma qualificação importante destes profissionais a ser aplicado imediatamente e diretamente nas visitas domiciliares. Os idosos serão contemplados com mais longevidade, quando possível, maior qualidade de vida, acesso à saúde, bem-estar no aconchego do lar, suas famílias e cuidadores aprenderão a manejar suas atribuições reduzindo a sobrecarga de trabalho e fazendo uma melhor gestão da emoção tanto do idoso, quanto de sua família/cuidador que terão uma melhor comunicação, respeito mútuo e melhoria do relacionamento profissional de saúde/paciente, profissional da saúde/família/cuidador e paciente/família/cuidador. Por outro lado, a UBS terá menor demanda relacionada aos idosos frágeis, já que serão visitados periodicamente e seus familiares/cuidadores receberão treinamento do cuidado através dos profissionais de saúde. Por último, mas não menor importante, a Comunidade terá um idoso e familiares mais saudáveis, contemplando bem estar físico, espiritual, mental e emocional acarretando em bem-estar estendido para toda a comunidade, visto que não presenciarão aflições e descaso com o paciente acamado, brigas e discussões familiares, o processo do morrer e do luto também será passado para comunidade, os encaminhamentos aos hospitais serão reduzidos, como também a solicitação de ambulâncias.

O desfecho almejado está focado nas qualificações e aperfeiçoamentos dos profissionais de saúde e aplicabilidade imediata aos usuários do SUS. Utilizaremos os recursos humanos que já possuímos sem ocasionar nenhum custo. Os benefícios que serão alcançados são inestimáveis e inumeráveis. Teremos pacientes, famílias e comunidades satisfeitas com o serviço prestado, saúde e bem-estar, qualidade de vida e longevidade para os idosos e suas famílias/cuidadores, diminuição dos casos de doença mental, sobretudo ligados a morte e luto, redução do esgotamento de cuidadores, menor gasto financeiro para prefeitura, estado e federação. Vale destacar ainda que, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

Após um mês de capacitação os profissionais compreenderão a importância de uma das principais ferramentas que a Atenção Primária dispõe: Atenção Domiciliar. Compreenderão as ações de promoção à saúde, de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e continuidade do cuidado. O profissional de saúde entenderá o seu importante papel no cuidado à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

Os profissionais de Saúde saberão classificar quais os idosos necessitam de Atenção Domiciliar, a partir da Escala de Risco Familiar de Coelho Savassi, promovendo otimização do tempo, atenção à saúde de idosos que de fato precisam desse cuidado em seu domicílio

e encaminhamento de idosos sem comprometimento funcional às consultas presenciais, reduzindo as filas de espera e dando assistência a quem de fato necessita. Logo, os profissionais de saúde aprenderão um importante instrumento de estratificação do risco familiar aplicada às famílias adscritas a equipe de Nova Bethânia 1, tornando-se aptas a estratificar o risco social e de saúde, com capacidade de refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Isso favorece uma reorganização da demanda e promove uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco das famílias avaliadas, gerando impactos positivos ao trabalho em equipe. Além disso, os profissionais que aplicam essa ferramenta corroboram, em nível local e microrregional, os dados do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, como também para a necessidade de sistematização e padronização, para ampliação de seu uso. Os profissionais classificarão da seguinte forma, com as seguintes pontuações: Acamado 3, Deficiência Física 3, Deficiência Mental 3, Baixas condições de saneamento 3, Desnutrição grave 3, Drogadição 2, Desemprego 2, Analfabetismo 1, Indivíduo maior de 70 anos de idade 1, Hipertensão Arterial Sistêmica 1, Diabetes Mellitus 1, Relação morador/ cômodo maior que 1 - 3, Relação morador/ cômodo igual a 1 - 2, Relação morador/ cômodo menor que 1 - 0. O Escore total de Risco Familiar de acordo com a pontuação será: 5 e 6 risco menor, 7 e 8 risco médio, Acima de 9 risco máximo.

Cada Profissional terá clareza quanto ao seu papel a ser desempenhado e conhecimento técnico a ser aplicado no ato de cuidar e reabilitar o idoso e sua família/cuidador. O Agente Comunitário de Saúde, o Técnico em Enfermagem, o Enfermeiro e o Médico conhecerão seus papéis profissionais individualizados e coletivos que deverão ser cumpridos no cuidado domiciliar.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) compreenderá que é sua função desenvolver atividades que promovam a saúde e previnam as doenças e agravos. Ele deve realizar vigilância à saúde e fazer ações educativas mantendo a equipe informada sobre todas as situações de risco. É responsabilidade do ACS apontar as prioridades de visitas, de acordo com o conhecimento que possui da sua comunidade. Estabelecer comunicação ativa e participativa com a família, servir como elo de confiança e comunicação entre o paciente, família e equipe, e registrar os atendimentos nas fichas.

O Auxiliar em Enfermagem compreenderá que ele deve auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar, acompanhar a evolução, sempre comunicando à equipe as alterações observadas, realizar os procedimentos de sua competência, identificar sinais de gravidade, orientar os cuidados com o lixo originário do cuidado (como separação, armazenamento e coleta), estabelecer boa comunicação participativa com a família, comunicar à enfermeira e ao médico as alterações no quadro clínico do paciente e registrar em prontuário as informações.

O Enfermeiro se capacitará e se conscientizará que necessita avaliar de modo integral a pessoa enferma. Ele deve ser capaz, após a capacitação, de avaliar as condições de infraestrutura física do domicílio para o planejamento da assistência domiciliar, elaborar

a prescrição dos cuidados, treinar o cuidador domiciliar, supervisionar o trabalho dos auxiliares de Enfermagem e dos ACS, realizar os procedimentos técnicos que estão aptos, estabelecer via de comunicação participativa com a família, comunicar sempre à equipe de Saúde da Família as alterações observadas e avaliar periodicamente o desempenho da equipe de Enfermagem na prestação do cuidado. Dar alta nos cuidados e registrar em prontuário também são atribuições desse profissional.

O Médico saberá que é dever dele realizar a consulta médica dos idosos que apresentem incapacidade de se deslocarem, avaliar o idoso enfermo de forma integral, esclarecer a família sobre os problemas de saúde envolvidos e construir plano de cuidados para a pessoa enferma, estabelecer comunicação participativa com a família, discutir o caso com a equipe, fazer prescrição do tratamento medicamentoso e hábitos de vida, realizar pequenos procedimentos sendo auxiliado pela equipe, promover e participar de avaliações semanais do plano de acompanhamento da Visita Domiciliar, indicar internação domiciliar quando necessário, verificar e atestar óbito, e, por fim, registrar em prontuário.

A capacitação será de inestimado valor ao grupo, uma vez que contemplará os ensinamentos sobre os Cuidados Paliativos, Morte e Luto que são pouco abordados nas graduações/cursos e ainda são considerados “tabus” na sociedade atual. Os profissionais aprenderão que os usuários do SUS devem ter acesso a essas temáticas, a fim de proporcionar uma maior qualidade de vida aos idosos e seus familiares/cuidadores. Ao final da capacitação eles serão capazes de atuar com competência cultural, reconhecendo os valores e funcionamento das famílias atendidas, como também a humildade cultural, enfatizando o respeito das características observadas, em um espaço de tempo ínfimo quando há doença ameaçadora à vida e morte no domicílio. Eles aprenderão a se comunicar de forma clara, passando para o paciente e familiares todas as informações necessárias e expressarão todos os sentimentos. É responsabilidade dos profissionais de saúde atingir o maior nível de controle dos sintomas, enfatizando o controle da dor. Eles saberão que preparar o paciente e seus familiares para a morte é seu dever, dentro dos limites de cada um, proporcionando o máximo alívio do sofrimento. Os profissionais devem instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar e devem proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo suporte e segurança possíveis.

Os CP devem ser iniciados o mais precocemente possível, juntamente a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral e incluir todas as investigações necessárias para melhorar a compreensão e manejo dos sintomas. Os profissionais perceberão a importância que possuem nesse cenário em promover o alívio da dor ao paciente, poder de reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural. A morte não deve ser antecipada nem postergada. Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver ativamente tanto quanto possível até a sua morte, auxiliar a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante

todo o processo da doença e no processo de luto são deveres desses profissionais.

Os benefícios em aplicar os Cuidados Paliativos e abordar a Morte e o Luto são inumeráveis, a começar pelo paciente que se encontrará dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade, podendo realizar algumas tarefas laborais, mantendo alguns hábitos de vida e atividades de lazer. A alimentação poderá ser mais variada, e os horários poderão ser mais flexíveis. Fortalece assim a autonomia do usuário e sua integridade como pessoa. Posteriormente, a família já enxergará grandes benefícios, pois terão mais satisfação em participar ativamente do cuidado. Sentem-se que estão respeitando a vontade do paciente em permanecer no domicílio e ainda podem prevenir o luto patológico. O Sistema de Saúde também será amplamente beneficiado, pois poderá reduzir as internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidades terapêuticas, propiciando alocação adequada de recursos.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 11, 20 e 21.
- CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. São Paulo: ANCP, 2017. Citado na página 11.
- FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 18, 19, 20 e 21.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: Artmed, 2012. Citado 5 vezes nas páginas 15, 16, 17, 22 e 23.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidades:: Viana*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/viana/panorama>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- OPAS; OMS. *Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos*. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=pt>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 19.
- PMV, P. M. de V. *História do Município*. 2017. Disponível em: <<http://www.viana.es.gov.br/site/pagina/historia>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 9.
- SANTO, G. D. E. D. E.; SEP, S. D. E. D. E. E. P. .; IJSN, I. J. D. S. N. . *Indicadores Socioeconômicos dos Bairros dos Municípios do Estado do Espírito Santo – Censo Demográfico 2010*. 2020. Disponível em: <<http://201.62.46.1/component/attachments/download/1621>>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 18.
- SAÚDE, M. da. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 24.
- SAÚDE, M. da. *Ministério recomenda: É preciso envelhecer com saúde*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 17, 24, 25 e 26.
- SAÚDE, M. da; MINISTRO, G. do. *PORTARIA N° 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006*: Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 24.