

Programa de Atenção ao Idoso (PAI): o processo do cuidado

Evelise Moraes Berlezi*, Aline Mafalda**, Karla Renata de Oliveira***, Heloisa Meincke Eickhoff***,
Cristiane Schmalz Bueno****

Resumo

O aumento de idosos na população brasileira e o consequente predomínio das doenças crônico-degenerativas desafiam o Sistema Único Saúde (SUS) a buscar novos modelos assistenciais de atenção à pessoa idosa, que necessita de um cuidado contínuo, complexo e interdisciplinar. O Programa de Atenção ao Idoso (PAI) é um projeto de extensão universitária que tem como objetivo assistir idosos em situação de fragilização e com risco alto de internação hospitalar e também proporcionar a vivência interdisciplinar de acadêmicos dos cursos da área da saúde da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, Brasil. Nesse contexto, o presente estudo buscou descrever o itinerário terapêutico de um idoso assistido pelo PAI a partir da alta hospitalar, considerando as condições de saúde do idoso, o contexto familiar, a sobrecarga/estresse do cuidador familiar e a interação da equipe

interdisciplinar com o idoso e a família no processo do cuidado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Saúde do idoso. Serviços de saúde para idosos.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional brasileiro, que ocorre de forma acelerada e com previsão de dobrar o número de idosos até a próxima década, tem impacto sobre a sociedade e suas estruturas, sobretudo no sistema de saúde. Isto porque a transição demográfica relaciona-se intimamente com as causas de morbi-mortalidade da população. No envelhecimento, as doenças crônico-de-

* Fisioterapeuta, Doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul). Endereço para correspondência: Rua do Comércio, 3000; bairro Universitário, Ijuí - RS, 98700-000. E-mail: evelise@unijui.edu.br

** Fisioterapeuta, graduada no curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

*** Farmacêutica, mestra, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

**** Fisioterapeuta, mestra, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

***** Graduanda no curso de Farmácia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Bolsista Pibex do Projeto de Extensão Programa de Atenção ao Idoso: Proposição de Modelo Assistencial.

↳ Recebido em julho de 2010 – Avaliado em dezembro de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2011.027

generativas são as mais prevalentes, o que demanda por serviços especializados e de maior complexidade, além de ser a principal causa de incapacidade e dependência.

Nesse contexto, as políticas de atenção precisam ser incrementadas na busca de atender às necessidades inerentes a esse grupo etário nos vários aspectos, desde a qualificação de recursos humanos até a implantação de programas de continuidade de atenção, ainda extremamente precários tanto no sistema de saúde público como privado. Também é urgente que os serviços de atenção ao idoso consigam avançar na organização das demandas de forma hierarquizada, ou seja, da maior para a menor complexidade, e constituam ações para atender a todos os níveis de atenção.

Segundo Lourenço et al. (2005), uma das fragilidades na assistência ao idoso é a falta de organização de demanda por risco de adoecer; a demanda reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados cria uma dificuldade crescente na correta identificação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente. Acresce-se a esse fato o pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada dessa população, sendo este o grande desafio para o sistema de saúde.

De acordo com Nascimento et al. (2008, é preciso desenvolver novas tecnologias de atenção ao idoso incluindo a otimização do suporte familiar. Para o autor, a família é fundamental no processo de prestação de cuidado ao idoso,

contribuindo para a humanização da assistência e a construção de ambientes favoráveis para a recuperação da saúde do idoso, evitando, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos ou outras institucionalizações.

A prática do cuidado requer responsabilidade e muita dedicação por parte de quem a executa. É necessário que o cuidador tenha informações sobre as condições do idoso e, principalmente, seja qualificado para atender às suas necessidades básicas. Conforme Diogo (1995), muito pouco tem sido feito quanto ao preparo dos cuidadores informais, parentes, amigos, vizinhos, os quais acabam sobre carregados com as funções que precisam ser desempenhadas.

Destaca-se ainda que, devido à grande demanda pelos leitos hospitalares e aos riscos que a hospitalização prolongada pode causar, os idosos, algumas vezes, recebem alta assim que os problemas mais agudos são resolvidos, retornando para as famílias e para a comunidade ainda com vários problemas que necessitam de assistência. Dessa forma, um programa de alta hospitalar e um acompanhamento continuado no domicílio podem contribuir para que a família seja capaz de dar continuidade aos cuidados iniciados no ambiente hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhora no estado de saúde do idoso. O seguimento de cuidados no domicílio depende, em grande parte, das orientações recebidas na alta hospitalar, que devem auxiliar na recuperação do idoso, reduzir inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida, bem como prevenir

complicações e evitar reinternações (CESAR; SANTOS, 2005).

A orientação dos cuidadores e o acompanhamento do idoso por profissionais de saúde, com embasamento na interdisciplinaridade, podem auxiliar os cuidadores a se adaptarem às diferentes situações do cuidar, visando melhorar a percepção sobre o ato cuidativo, desenvolvendo competências para prestarem assistência direta aos idosos (CAMARGOS et al., 2005).

Nesse panorama, novos modelos de atenção são necessários, e é nesta proposição que o “Programa de Atenção ao Idoso: Proposição de Modelo Assistencial” foi idealizado. O Programa de Atenção ao Idoso (PAI) é um projeto de extensão universitária que propõe um modelo assistencial envolvendo uma equipe multiprofissional, na qual acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição, coordenados por professores, avaliam o risco de internação e/ou reinternação hospitalar em pacientes idosos de baixa renda que residam na área urbana do município de Ijuí - RS e apresentam fragilidade. Os idosos são captados a partir de demanda hospitalar (Hospital de Caridade de Ijuí), das unidades básicas de saúde (UBS) ou busca telefônica. Em 2008 os idosos foram cadastrados a partir das três formas de captação mencionadas e, em 2009, o atendimento foi organizado a partir da demanda hospitalar, continuando o acompanhamento dos idosos captados em 2008. São incluídos no programa, os pacientes internados com idade igual ou superior a sessenta anos, sem plano privado de saúde e com alguma fragilidade.

Nesse contexto, o objetivo principal deste trabalho é descrever o itinerário terapêutico de um idoso em situação de fragilização a partir da alta hospitalar, acompanhado pelo PAI.

Este trabalho respeitou o que preconiza a resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Descrição do caso

O itinerário terapêutico descreve o percurso a partir da captação do idoso durante a internação hospitalar e os cuidados dispensados pela equipe do PAI ao idoso e ao seu cuidador pós-alta, pelo período de três meses.

A captação do idoso ocorreu de acordo com a logística prevista pelo programa, que realiza busca ativa nas unidades de clínica médica e clínica cirúrgica do Hospital de Caridade de Ijuí - RS, acesa os prontuários e inclui no programa aqueles que atendem aos critérios preestabelecidos, que são: estar internado no HCI pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado de seu cuidador; idade superior a sessenta anos; ser domiciliado na área urbana do município de Ijuí; estar autorizado pelo médico responsável a ser avaliado pelo PAI; apresentar risco de internação/reinternação hospitalar de médio a alto; o idoso e seu cuidador consentirem a inclusão no programa.

O paciente foi captado pelo PAI na sua quarta internação hospitalar, tendo como motivo/causa da internação debilidades decorrentes do acamamento e também distúrbios metabólicos, como a descompensação do diabetes e da função renal. Nessa ocasião foram realizadas

as primeiras avaliações, dentre as quais a triagem rápida de risco (TRR) para detecção do risco de internação/reinternação hospitalar e a avaliação funcional breve (AFB) para detecção de distúrbios ou incapacidades (BOULT et al., 1993; BRASIL, 2006).

O sujeito do estudo era um paciente de 72 anos, do sexo masculino, viúvo e foi captado pelo PAI em 2009. Na TRR evidenciou-se que o idoso no último ano (tomando como referência a data desta avaliação) necessitou de assistência médica mais de seis vezes, relatou apresentar diabetes *mellitus* e problemas cardíacos. Do ponto de vista do suporte familiar, contava com apoio de amigos, vizinhos e familiares. De acordo com a estratificação de risco, apresentou risco alto com probabilidade de reinternação hospitalar (PrH)¹ de 0,641.

Por meio da AFB realizada pela revisão do prontuário hospitalar, relato do cuidador familiar e observações do avaliador, foram obtidas as seguintes informações: baixo nível de escolaridade, sofreu três quedas no último ano, utilizava regularmente medicações, caracterizando polifarmácia (doxazosina 2 mg, metoprolol 100 mg, metformina 850 mg, omeprazol 20 mg, clonazepam 2,5 mg/mL, glibenclamida 5 mg, carbamazepina 200 mg, butilbrometo de escopolamina 10 mg, tiamina 300 mg, simvastatina 20 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, hidroclorotiazida 25 mg, tansulosina 0,4 mg, finasteride 5 mg e enalapril 5 mg). Constatou-se que o idoso apresentava problemas visuais, alteração da cognição e memória, dificuldade de locomoção no ambiente domiciliar,

especialmente diante de barreiras (escadas, pouca iluminação e pouco espaço para deslocamento). Segundo diagnóstico médico, registrado no prontuário, o idoso apresentava hiperplasia prostática benigna, a qual estava obstruindo a uretra, levando à necessidade da utilização de sonda vesical. Também evidenciou-se hemiplegia à direita por sequela de um acidente vascular encefálico (AVE).

Outras condições informadas pela cuidadora foram comprometimento renal, diabetes *mellitus* tipo 2 com glicemia descompensada, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e hipotensão ortostática. Esta última, segundo avaliação, era a causa de o idoso não permanecer por tempo prolongado na postura sentada, apresentando sintomatologia como náuseas e tonturas nessa posição, além de queda na pressão arterial (diferença de 20 mmHg comparada com a pressão arterial na posição deitada). Nos exames de radiografia torácica, o principal achado foi o aumento da área cardíaca.

Na avaliação dos fatores de riscos relacionados à doença cardiovascular que o predispuíram ao AVE, foram identificados: sedentarismo, etilismo, hipertensão e diabetes. Na Figura 1 estão demonstradas, de forma sistematizada, as condições de saúde do paciente em estudo.

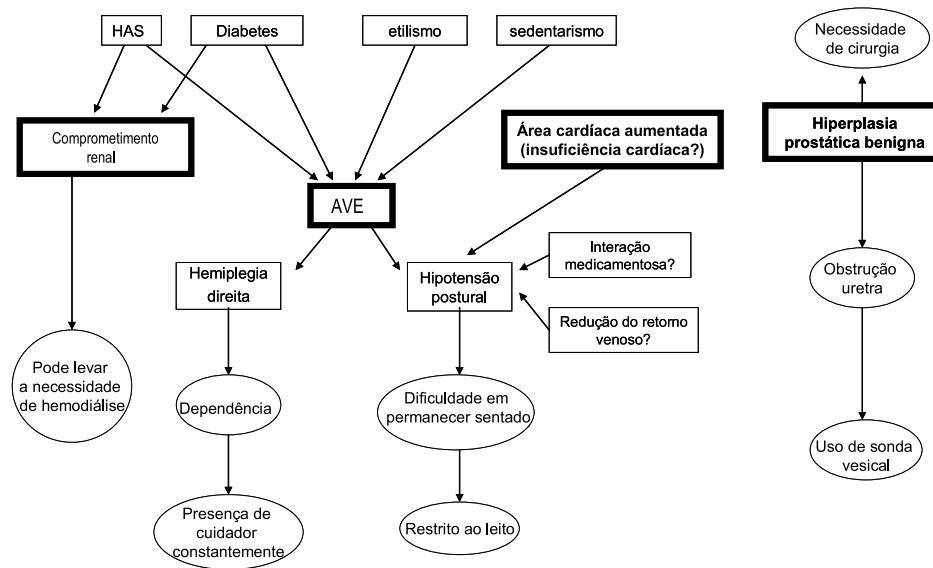


Figura 1 - Diagrama dos comprometimentos do idoso do estudo.

A partir da AFB foram utilizados protocolos específicos, aplicados no domicílio. A avaliação indicou défice cognitivo moderado (13 pontos do MEEM²), presença de sintomas sugestivos de depressão (11 pontos do GDS³), dependência para a realização das atividades de vida diária, básicas e instrumentais

(KATZ e LAWTON⁴). O nível de capacidade funcional detectado pela medida de independência funcional (MIF) está apresentado na Figura 2. Além desses, foram aplicados os protocolos de funcionalidade familiar⁵ e de sobrecarga do cuidador⁶ (BRASIL, 2006).

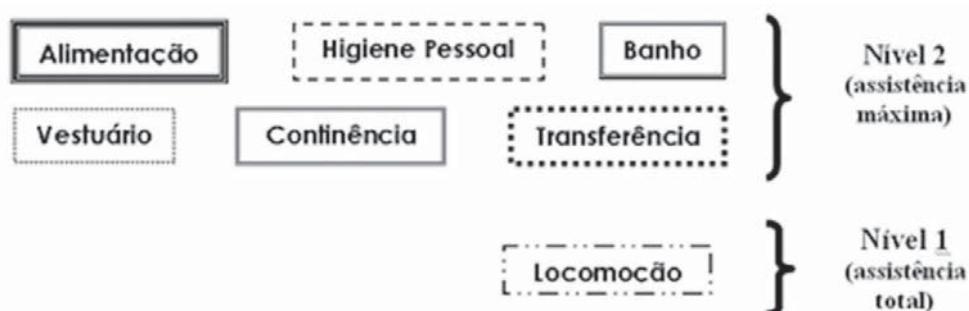


Figura 2 - Níveis de independência funcional do idoso (BRASIL, 2006).

Destaca-se que o idoso encontrava-se em situação de acamamento, não se mantinha sentado sem apoio e não executava trocas de decúbitos. Em relação à funcionalidade familiar, pelo índice máximo obtido pelo Apgar, identificou-se uma família com capacidade de adaptação. Altos índices do Apgar demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação, além de possíveis e prováveis mudanças de papéis, ao passo que um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (BRASIL, 2006).

Para o entendimento da organização e dinâmica familiar, foi construído o Genograma, que é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações, que, por meio da representação gráfica espacial, permite elaborar o diagrama de um grupo familiar. Esse instrumento é proposto pelo Ministério da Saúde e viabiliza a avaliação das relações e riscos familiares que possam contribuir para o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, com vistas a identificar elementos que subsídiam planos terapêuticos integrais, com ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Pode-se observar na família desse idoso uma rede de suporte familiar bem organizada, constituída pelos seis filhos do idoso e cônjuges, dos quais um casal mora com o idoso, um mora próximo e quatro em outra cidade. Além dos familiares, o idoso recebia cuidados de uma cuidadora formal (contratada).

A nora RV, 35 anos, foi identificada como a cuidadora de referência, era responsável pelo controle da medicação, buscava sempre que necessário o auxílio médico, agendava os exames solicitados, as consultas de rotina e organizava todo o processo do cuidado, com apoio dos outros membros da família. Segundo Silva (1998), a maior incidência de cuidadores domiciliares está centrada na figura feminina, e em nossa sociedade é usual afirmar que cuidar de casa, de filhos ou de idosos é função da mulher, porque ela é destinada, por natureza, para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família.

Na dinâmica do cuidado estabelecida pela família, nenhum de seus membros ficou em situação de sobrecarga. A cuidadora de referência mostrou-se capaz de gerenciar o cuidado sem tomar para si toda a responsabilidade, o que foi possível observar quando esta respondeu ao instrumento de avaliação de sobrecarga do cuidador de Zarit (BRASIL, 2006).

Ao indagar a cuidadora sobre orientações/informações oferecidas por profissionais da saúde na alta hospitalar, foi relatado que receberam a prescrição de fisioterapia, sem informações adicionais que pudessem viabilizar o acesso a esse serviço e a outros de que necessitassem. Na alta hospitalar não foi realizada a contrarreferência para a unidade de saúde próxima à residência do idoso. Assim, os familiares fizeram essa caminhada sozinhos até descobrirem os meios para solicitar assistência à equipe da UBS. A partir de então, a equipe da UBS passou a prestar assistência e a fornecer suporte para o cuidado familiar.

Quanto à assistência formal, o idoso passou a ser assistido pelo clínico geral da UBS e especialistas: cardiologista, urologista, neurologista e nefrologista, também semanalmente pela fisioterapia domiciliar, o que foi viabilizado pelo SUS. Informações mais detalhadas para os familiares na alta hospitalar poderiam otimizar todo esse processo.

Destaca-se que a obtenção dos serviços citados envolveu o empenho da família, que precisou disponibilizar de tempo, conhecimento das vias de acesso e persistência, uma situação para a qual nem todas as famílias estão preparadas. O que é um direito passa a ser uma peregrinação. Nesse contexto, a estrutura da família é fundamental e a sua fragilidade pode comprometer a recuperação do familiar adoecido.

A conduta da equipe interdisciplinar do PAI

Mediante a apresentação do caso para os membros da equipe interdisciplinar do PAI, decidiu-se pela assistência domiciliar com acompanhamento de todas as áreas que compõem o programa. Assim, foram agendadas as avaliações específicas que culminaram na discussão do caso e na proposição de um plano de assistência. Deve-se destacar que a atuação do PAI foi comunicada à UBS, salientando-se que este é um procedimento padrão do programa. A seguir estão descritas a avaliação e a intervenção realizadas com o paciente em estudo.

A fisioterapia atuou na reabilitação do idoso priorizando a manutenção, melhora ou restauração da sua capacidade

funcional, evitando o surgimento de complicações.

Com base na avaliação fisioterapêutica, elaborou-se um plano terapêutico com ênfase nos comprometimentos neuromotores e na função cardiopulmonar. Foram fornecidas orientações ao cuidador quanto aos posicionamentos, manejo das trocas de decúbitos, cuidados para prevenção de escaras, esclarecimento de dúvidas, incentivo às atividades funcionais e outras necessidades impostas pela realidade vivenciada pelo idoso.

Deve-se mencionar que a fisioterapia realizava atendimentos semanais e as outras áreas eram solicitadas conforme se identificava a necessidade de sua atuação, objetivando oferecer assistência integral a esse idoso. A fisioterapia tornou-se a referência entre a equipe e o idoso, pois, em razão das necessidades do paciente, a sua atuação era mais frequente e sistemática.

A farmácia objetivou avaliar a medicação utilizada pelo idoso, no que se refere à administração de cada medicamento (horários e doses), o conhecimento da cuidadora sobre a finalidade do uso dos medicamentos prescritos, a manifestação de efeitos colaterais e o risco de interações medicamentosas.

Foram fornecidas orientações aos cuidadores diretos do paciente relacionadas ao horário da administração dos medicamentos, sobre a importância do uso de água no momento da administração e da interferência dos alimentos no processo de absorção. Além disso, foi entregue à cuidadora material impresso contendo essas e outras informações gerais sobre o uso de medicamentos e a

importância de se cumprir os tratamentos na íntegra, sem interrompê-lo, exceto mediante orientação médica, bem como dos riscos da automedicação.

Em virtude de a hipotensão ortostática ter sido relatada pela cuidadora, recomendou-se que ela encaminhasse o paciente a uma consulta médica para reavaliação dos medicamentos em uso, pois estavam sendo utilizados quatro medicamentos anti-hipertensivos, os quais poderiam contribuir para a situação relatada.

A nutrição objetivou a avaliação e os cuidados nutricionais com o paciente. Para tanto, aplicou um teste específico para a população idosa, por meio de um instrumento desenvolvido por Guigoz, Vellas, Garry (1994), o miniavaliação nutricional (MAN), que é um questionário composto por 18 itens subdivididos em avaliação antropométrica, global, dietética e autoavaliação, possuindo um escore máximo de 30 pontos. Nessa avaliação o idoso alcançou o escore de 22 pontos, indicando risco de desnutrição. Com base nesses achados e na história do paciente, foram enfatizados cuidados nutricionais referentes à desnutrição, aos níveis pressóricos e glicêmicos e aos distúrbios renais apresentados.

A enfermagem realizou a consulta de enfermagem, sendo esse processo constituído pela entrevista e o exame físico cefalocaudal por meio da observação, inspeção, palpação e ausculta cardíaca, pulmonar e abdominal, verificação dos sinais vitais e aferição da glicemia capilar periférica (GCP). Diante dos problemas identificados, foram enfatizados os cuidados na prevenção de úlceras

por pressão e higiene das existentes, cuidados com o uso de fraldas e esclarecimento da melhor forma e horário para a realização do teste de GCP. Quanto aos níveis pressóricos, programaram-se a sua verificação (uma vez ao dia) e o seu registro escrito para avaliação e acompanhamento.

Refletindo sobre o tema do estudo

Considerando que o programa propõe avaliações sistemáticas dos idosos inseridos, este relato se refere ao acompanhamento realizado durante três meses. Ao final desse período, observou-se que o idoso permaneceu com o mesmo risco para internação/reinternação hospitalar (alto), porém não mais internou após o início da assistência pela equipe do PAI, o que é muito importante para esse paciente, pois sabe-se do impacto de uma internação na saúde dos idosos.

Houve evolução no quadro motor, o idoso iniciou movimentos ativos no hemicorpo direto, sequelado pelo AVE. Quanto à condição de hipotensão postural, verificou-se melhora significativa, o que permitiu a adoção da posição sentada por tempo prolongado, refletindo na capacidade funcional. Nessa posição o idoso passou a realizar suas refeições com assistência mínima, melhorando sua confiança e autoestima. A sonda vesical foi retirada, passando a usar fraldas.

No que se refere às AVDs, o idoso obteve melhora funcional, embora no conjunto das atividades básicas e instrumentais de vida diária ainda necessitasse de assistência; passou de uma condição de dependência máxima para

uma dependência moderada ou mínima, apresentando maior mobilidade e participação nas atividades, como vestuário, trocas de decúbitos e alimentação.

A literatura apresenta entre as principais doenças crônico-degenerativas que atingem os idosos o AVE, com incidência aumentada relacionada ao avançar da idade, e como principais fatores de risco modificáveis o diabetes *mellitus*, o sedentarismo, a hipertensão arterial sistêmica, a aterosclerose, a dislipidemia, os distúrbios cardíacos, tabagismo e etilismo (BRASIL, 2006), com alguns desses evidenciados no paciente em estudo.

Com relação aos comprometimentos ocasionados pelas doenças cerebrovasculares, de acordo com Py (2002), essas são a maior causa de incapacitação na maioria dos países desenvolvidos, e as dificuldades apresentadas por esses pacientes são na marcha, nos movimentos dos membros, no tônus muscular, no controle esfíncteriano, na realização de atividades da vida diária, nos cuidados pessoais, na linguagem, na função cognitiva, na atividade sexual, nas atividades profissionais e nas atividades de lazer, além de contribuir para a manifestação de quadros depressivos.

Assim, o presente estudo reforça essa evidência científica e demonstra o quanto o acometimento cerebrovascular compromete a qualidade de vida do idoso. O paciente em estudo, conforme relatado pela cuidadora, anteriormente ao AVE, mesmo na presença dos fatores de risco, não apresentava limitações físicas e era independente. Este fato revela a importância de ações preventivas em saúde e

políticas de incentivo à implementação dessas ações.

Sobre o processo de cuidado familiar, percebe-se que as formas como as doenças chegam à família exercem impactos distintos sobre a dinâmica familiar. Nas doenças crônico-degenerativas de instalação e evolução lentas, a família tem envolvimento com os cuidados de forma gradual, de acordo com o agravamento da doença. Isso permite que os familiares assumam o papel de cuidador de maneira menos traumática, pois há um período para a preparação psicológica e também para a assimilação de conhecimentos sobre a doença. Já em doença como as cerebrovasculares, a família é surpreendida e encontra-se despreparada em virtude de estas serem de instalação súbita. Conforme Velasques et al. (1998), a vida da família passa a ser, então, uma sucessão de imprevistos e de experiências estressantes que a desgastam física e emocionalmente.

Neste estudo pode-se observar maior sobrecarga/estresse da cuidadora familiar em relação à primeira avaliação. Nessa tarefa de cuidar de um idoso, geralmente o cuidador toma para si de forma solitária a responsabilidade pelos cuidados e somam-se a isso os afazeres do dia a dia e o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante disso, é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. Essa tensão e o cansaço manifestados pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada (BRASIL, 2008).

No presente estudo foi evidenciado que a família não foi preparada para cuidar do seu ente familiar após a alta hospitalar. O cuidado familiar se deu por meio da iniciativa da família e um de seus familiares assumiu a organização, gerenciamento das tarefas no domicílio, além de se responsabilizar pela aquisição de medicamentos, marcação de consultas e outras necessidades.

Segundo estudos de Velasquez et al. (1998), os familiares raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou tratamento. A maioria desses cuidadores é orientada, superficialmente, sobre medicação, alimentação e retornos, por médicos e assistentes sociais.

Esse abandono, a falta de orientação e a falta de recursos estão presentes não só no momento da alta hospitalar, mas também no atendimento ambulatorial. Existe muita demora em relação ao agendamento de consultas de acompanhamento médico, que ainda é maior quando são necessárias consultas com especialistas, exames complementares, fisioterapia e fonoterapia. Muitas vezes, os familiares sequer recebem orientação sobre os encaminhamentos relacionados ao tratamento necessário. Além do que, quando conseguem o serviço, falta transporte adequado para as limitações do paciente, uma vez que muitos têm dificuldades de locomoção. Estabelece-se, então, um círculo vicioso: doença – falta de tratamento – agravamento da doença (VELASQUEZ et al., 1998).

Ainda de acordo com Almeida (2006), o sucesso da manutenção, recuperação ou promoção da saúde ao idoso está

diretamente relacionado com o preparo e amparo das pessoas que lhe prestam cuidado.

Com isso destaca-se a importância da parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores de idosos e essa parceria deve possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional remanescente do idoso dependente. Além disso, cuidar da saúde do cuidador faz-se necessário para que este possa continuar atendendo ao idoso, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento do idoso (CALDAS; SALDANHA, 2004).

Nessa visão, o profissional de saúde tem a responsabilidade não só diretamente com o idoso, mas também de fornecer suporte ao familiar que desempenha o cuidado diário do idoso. Pensa-se que esse suporte possa ser efetivado por meio do esclarecimento de dúvidas sobre a doença, medicamentos, perspectivas, manuseio do idoso para trocas de decúbitos, retirada do leito, sinais de alerta, cuidados nutricionais, dentre outros, pois o profissional da saúde precisa desenvolver ações fundamentadas nas necessidades de cada cuidador, respeitando a sua história, os aspectos sociais, econômicos, culturais e as suas limitações.

E, nesse contexto, o acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde contribui para a melhoria da assistência prestada ao idoso pelos familiares.

Além disso, permite à equipe avaliar as necessidades do idoso, familiares e o ambiente, visando à prevenção de agravos, por meio de intervenções precoces sobre situações de risco numa visão integral da saúde do idoso e procurando identificar e sanar complicações que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso (ANDRADE; LOBO, 2007).

O objetivo principal do sistema de saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência. A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais, é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, mediante a oferta de disciplinas nas universidades, de residências médicas e de linhas de financiamento a pesquisas que identifiquem a área da geriatria e gerontologia (RAMOS, 2003).

Considerações finais

A população idosa está em risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas que tendem a gerar incapacidades e dependências, aumentando a demanda por serviços de saúde e de maior complexidade, além de ser a causa de institucionalização de longa permanência.

Os tratamentos são onerosos e existe uma falta de planejamento e continuidade da assistência ao idoso, no sentido de reduzir o risco de complicações de doenças instaladas, as internações e as incapacidades.

Destaca-se que a oferta dos serviços de saúde aos idosos está muito aquém das necessidades emergentes da transição demográfica brasileira, tanto no que diz respeito a recursos humanos, como a investimentos em novas tecnologias de atenção. O idoso é ainda tratado no sistema de saúde brasileiro como um adulto, no entanto, a sua fragilidade requer uma atenção diferenciada e políticas de atenção específicas.

Dessa forma, a contribuição deste relato está na proposição de um modelo de assistência pautado numa intervenção interdisciplinar e vinculado ao cuidado familiar, estando em consonância com a política de atenção à pessoa idosa. Muito se precisa avançar para que a atenção dispensada a esse grupo populacional seja efetiva e resolutiva, o que requer profissionais de saúde envolvidos com propostas tecnicamente elaboradas, com postura humanizadora e comprometidos com o idoso e sua família.

Program of elderly attention (PAI): care process

Abstract

The increase of elderly population and a predominance of chronic diseases become a challenge to the Brazilian public health system to seek health care models of caring to elderly people who require continuous care, complex and interdisciplinary. The Program of Elderly Attention (PAI)

is an extension university project to assist elderly in situations of fragility and high risk of hospitalization and also provide the experience of interdisciplinary experience to academic health courses at the Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí (Brazil). This study objective is describe the medicine use of elderlys assisted by PAI after hospital discharge, considering the conditions of health problems, family background, the overload/stress of family caregivers and the interaction of the interdisciplinary team with the elderly and the family in the care process.

Keyword: Aging health. Health services for the aged. Home care.

Notas

- ¹ PrH menor que 0,300 risco baixo, de 0,300 a 0,399 risco médio, de 0,400 a 0,499 risco médio/alto e maior que 0,500 risco alto (BOULT et al., 1993).
- ² Miniexame do estado mental (MEEM).
- ³ Escala de depressão geriátrica (GDS).
- ⁴ Escalas de Katz e de Lawton.
- ⁵ Apgar da família.
- ⁶ Sobre carga dos cuidadores de Zarit.

Referências

ALMEIDA, T. L. Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família. *Revista Brasileira Médica Famacêutica e Comunitária*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, jul./set. 2006.

ANDRADE, M.; LOBO, E. L. A importância da visita domiciliaria para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe-se em Promoção da Saúde*, Niterói, v. 3, n. 2, p.12-14, 2007.

BOULT, C. et al. Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 41, n. 8, p. 811-817, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Guia prático do cuidador*. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2008.

CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciênciia, 2004. p. 161.

CAMARGOS, A. T. et al. *Treinamento para cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência*. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 8, 2005, Belo Horizonte. *Anais...*, Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 1-6.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005.

DIOGO, M. J. D'E. Graduandos de enfermagem na formação de cuidadores de idosos: relato de experiência. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 4, maio/dez. 1995.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P. J. The mini-nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In: GUIGOZ Y et al. *The mini nutritional assessment: MNA, facts and research in gerontology*. New York: Serdi, 1994, s. 2, p. 15-59.

LOURENÇO, R. A et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, p. 311-318, 2005.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados Lilacs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

PY, M. O. Doenças cérebro-vasculares. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria*

e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 176-187.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

SILVA, I. P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U.M. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998. p. 148-149.

VELASQUEZ, M. D. et al. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U. M. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998. p. 115-142.