http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.9783

13) O gerontólogo e as novas necessidades de avaliação da saúde do idoso

Natália Pereira dos Santos Souza¹; Stéphanie de Souza Costa Viana²; Márlon Juliano Romero Aliberti²; Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues³

Resumo

O Gerontólogo é o profissional que compreende as questões multidimensionais da velhice, por isso esse trabalho procurou salientar a importância desse profissional a partir da análise das associações dos fatores biopsicossociais com a ocorrência de hospitalização em 534 idosos. Os resultados mostraram que a avaliação e o tratamento proposto a idosos devem ser expandidos para além do tratamento do problema agudo, a fim de construir um melhor dimensionamento do cuidado.

Palavras-chave: Gerontólogo; Biopsicossocial; Gestão do Cuidado.

As novas necessidades de avaliação da saúde do idoso

Concomitantemente com a transição demográfica, notou-se uma mudança do perfil de morbimortalidade, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), que passaram a corresponder 66,3% da carga de doença, e 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os idosos, por conta das mudanças biopsicossociais durante o processo de envelhecimento, necessitam de cuidados e atenção específicos pelo seu estado de maior vulnerabilidade, e risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (THOMAS; BRENNAN, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Pois, decorrem do acúmulo de DCNTs, que levam a uma necessidade de alta demanda de seguimento ambulatorial e atendimentos de emergência, frequentes hospitalizações com alto risco de complicações (ALMEIDA et al, 2013).

¹ Graduanda do curso de Gerontologia. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: R. Arlindo Béttio, 1000, Ermelino Matarazzo São Paulo – SP, Brasil. CEP: 03828-000. Email: natalia.pereira.souza@usp.br

² Graduandos do curso de Medicina, Ciências Médicas, Universidade de São Paulo. Emails (na ordem em que aparecem): stephanie.scviana@gmail.com; marlon.aliberti@hc.fm.usp.br

³ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. Email: marisa.accioly@gmail.com

Com o impacto nos serviços de saúde, há uma demanda de novos modelos de atendimento, como o Hospital-Dia Geriátrico (HDG), que fornece cuidados a saúde de modo programado a pacientes doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período não superior a 12 horas. E a necessidade de um profissional altamente capacitado não só para desenvolver propostas direcionadas ao envelhecimento, mas que também possa gerenciar e integrar as equipes multiprofissionais desses serviços. O Gerontólogo é o profissional que nasce juntamente com a graduação em 2005 na Universidade de São Paulo, com capacidade de compreender, criar, gerir, desenvolver e avaliar formas de apoio ao idoso e seus cuidadores familiares e profissionais, em contextos multiprofissionais e interdisciplinares na perspectiva da gestão da atenção (PINEAU, 2005).

Tendo em vista que à saúde da pessoa idosa, não se limita a questões biológicas, como proposto pelo no modelo biomédico, as habilidades do Gerontólogo com atuação no planejamento nos cuidados dos pacientes em condição clínica agudizada, poderia trazer benefícios não só aos serviços, mas também na melhor adesão ao tratamento dos pacientes atendidos em um HDG, introduzindo uma visão de gestão centrada no idoso e em suas necessidades biopsicossociais.

O objetivo deste estudo é propor, diante das atuais necessidades, à inserção dos Gerontólogos na assistência a saúde de pacientes idosos atendidos em HDG.

Métodos e Materiais

Este estudo recebeu inicialmente apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Os participantes foram idosos encaminhados HDG-HCFMUSP por uma condição clínica de doença crônica descompensada. As informações necessárias foram retiradas da ficha de avaliação inicial nos moldes de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e de uma ficha de seguimento padronizado, onde os idosos eram acompanhados via contato telefônico mensal por um período de dozes meses.

Para análise dos resultados, foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Para todas as variáveis quantitativas foi utilizada a análise univariada e multivariada. Para todos os testes, foi considerado como significância estatística o valor de p < 0.05.

Discussão e Resultados

Os idosos encaminhados para o HDG (n= 534) tinham uma média de idade (desvio padrão) de $79,6~(\pm 8,4)$ anos, 63,5% eram do sexo feminino, 44,4% eram viúvos e com escolaridade média de 4-7anos (37,3%) Os idosos encaminhados ao HDG foram, em sua grande maioria, por Diabetes mellitus descompensado (19,5%), Anemia (16,1%) e Insuficiência cardíaca descompensada (12~%).

Essas doenças, normalmente, não afetam só a parte biológica da vida do idoso e, portanto, o conhecimento sobre os domínios biopsicossociais dos idosos que se associam com desfe-

chos, como a internação no HDG, ambiente que está entre o acompanhamento ambulatorial e a internação, é de extrema importância.

A complexidade da saúde do idoso exige que profissionais utilizem ferramentas como a AGA, que é capaz de avaliar o idoso de forma integral para dimensionar o cuidado. Porém, analisá-lo pode ser uma tarefa difícil, já que profissionais tradicionais têm como base de conhecimento sua disciplina de formação, ou seja, um conhecimento específico (SOMMERMAN, 2006; PEDUZZI, 1998) analisaram o uso do termo de disciplina ligado à origem latina da palavra, que vem do latim *discere*, que significa aprender, correspondendo por tanto, ao aprendizado de um conjunto de conhecimentos, ao aprendizado de um recorte do saber.

Mesmo em programas multiprofissionais, que consiste em uma articulação ou integração das ações realizadas por variados agentes, oriundo de áreas distintas (SILVA, 2002), não existe nenhuma cooperação (COIMBRA, 2000), apresentando-se como independentes, sem que haja nexo necessário entre as abordagens, assim como entre os diferentes profissionais (MELO et al, 2015). E, quando se trata de paciente idoso, é preciso avaliar mais do que cada dimensão biopsicossocial, é preciso entender como cada uma influencia entre si e nas evoluções clínicas.

Devido às inúmeras exigências relacionadas ao processo de envelhecimento e a velhice, o profissional Gerontólogo com suas habilidades adquiridas em sua formação consegue prover a interação das disciplinas (áreas do saber), que consiste a saúde humana. Sua formação base pauta-se em receber um conhecimento generalista, de forma integrada sobre o fenômeno do envelhecimento e a velhice, como categoria etária e social, preparando-se para refletir criticamente sobre as especificidades deste processo e deste grupo (LEEF, 2000). Por tanto, esse profissional está apto para atuar em contextos multiprofissionais, podendo preencher a lacuna da interdisciplinaridade, que segundo Leef (2000), é um termo que vem sendo utilizado como sinônimo e metáfora de toda a interconexão e colaboração entre diversos campos do conhecimento e do saber dentro de práticas.

Assim sendo, o Gerontólogo, ainda com a sua visão centrada na pessoa idosa colabora para um dimensionamento do cuidado mais humanístico e realístico. Essa intervenção chamada de Atenção Centrada na Pessoa (ACP) em que os usuários de serviços de saúde passam a ser o centro das ações profissionais, como o principal objetivo de colocar o agente como ativo no centro do serviço, da organização e do cuidado, a partir do reconhecimento da sua singularidade e com respeito pela autonomia pessoal, ou seja, suas decisões, seu modo de vida, preferências e desejos (MARTÍNEZ, 2016).

Ainda, segundo Martínez (2014), enquanto a visão de cuidado clássica é direcionada a atender as demandas da pessoa cuidada sem levar em consideração sua participação no processo do planejamento, levando em conta que sua condição de especialista em determinado assunto discerne melhor sobre o que benéfico, a ACP proporciona um olhar ligado à autonomia da pessoa cuidada no próprio gerenciamento da sua vida e plano de cuidado, tendo um melhor conhecimento das suas alterações biológicas, psicológicas e sociais, que podem acarretar em um aumento a susceptibilidade de internação, como podemos observar nos resultados desse estudo.

Na amostra de 534 idosos atendidos no serviço de HDG, 212 (40%) idosos, passaram por pelo menos uma hospitalização em 12 meses de seguimento. Houve maior internação entre os

homens, sendo assim, as mulheres internaram 44% a menos que os homens em um ano (HR 0.56; IC 95% 0.41 - 0.77; p<0.001).

Na análise univariada cada ponto a mais no Índice de comorbidades de Charlson elevou em 13% o risco de internação em um ano (HR 1.13 IC 95% 1.06 – 1.20; p<0.001), ou seja, a cada doença pré-existente a mais, ou uma complicação devido à descompensação clínica, como no caso de DM, o idoso tinha uma maior chance de internação. O BOMFAQ diminui em 4% o risco de internação em um ano (HR 0.96 IC 95% 0.94 – 0.98; p<0.001), ou seja, o idoso mais independente, que tem melhor capacidade funcional, possui um fator protetor para internação. No GDS-15 aumentou em 5% o risco de internação em um ano (HR 1.05 IC 95% 1.01 – 1.10; p=0.02), ou seja, idosos com maiores sintomas depressivos tinham uma chance maior de internação. O risco nutricional diminui em 7% o risco de internação em um ano (HR 0.93 IC 95% 0.91 – 0.96; p<0.001), sendo também, um fator protetor para risco de internação.

Na análise multivariada encontramos que o aspecto nutricional teve associação independente com internação em um ano, e que cada ponto a mais no MAN diminui em 5% o risco de internação em um ano no modelo ajustado (HR 0.95; IC 0.91-0.98; p=0.007). Já o Índice de comorbidades de Charlson teve uma tendência de associação independente com hospitalização (p=0.06) de aumento de 7% no risco de internação em um ano para cada ponto adicional. Destaca-se que nessa amostra, suporte social não houve associação com risco de internação em um ano, pela possível prevalência de suporte social adequado.

Na maioria das vezes, ao planejar como será o cuidado em uma equipe multiprofissional melhorar o motivo pelo qual o idoso foi encaminhado (apescto biológico) é o mais importante. Com essa análise, podemos perceber como outros domínios da vida da pessoa idosa podem ajudar em um ambiente que preza pela desospitalização, podendo-se trabalhar os aspectos biopsicossociais em conjunto para uma melhor evolução clínica. Ao trabalhar de forma interprofissional, ou seja, quando as ações dos profissionais envolvidos no cuidado se interagem, é possível arquitetar um planejamento do cuidado mais promissor, tendo em vista a possibilidade de inserir a pessoa cuidada e suas necessidades biopsicossociais no centro da atenção do serviço.

Mais do que entender sobre uma alteração em um determinado domínio, é poder enxergar como ele afeta de modo geral o cuidado, demonstrando assim, a importância do Gerontólogo incorporado a equipes torna-se importante por fornecer parâmetros que norteiam possibilidades de melhorias nas práticas da saúde do idoso.

Gerontologist and the new needs of health assessment of the elderly

Abstract

The Gerontologist is the professional who understands the multidimensional issues of old age, so this work sought to emphasize the importance of this professional from the analysis of associations of biopsychosocial factors with the occurrence of hospitalization in 534 elderly. The results showed that the evaluation and the treatment proposed to the elderly should be expanded beyond the treatment of the acute problem in order to build a better care dimensioning.

Keywords: Gerontologist; Biopsychosocial; Care Management.

Referências

ALMEIDA, E. B. et al. **Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional.** São Paulo: Kairós, 2013.

COIMBRA, J. A. A. Considerações sobre a interdisciplinariedade. São Paulo: Signus, 2000.

LEEF, E. Complexidade, interdisciplinariedade e saber ambiental. São Paulo: Signus, 2000.

MARTÍNEZ, T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía personal, 2016.

MARTÍNEZ, T. La atención personalizada desde la atención centrada en la persona. Em P. Rodríguez (Eds.), El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica. Madrid: Tecnos, 2014.

MELO, R.C.DE, LIMA-SILVA, T.B., CACHIONI, M. **Desafios da formação em Gerontologia.** São Paulo: Kairós, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à saúde**. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1998.

PINEAU, G. Recherches transdisplinaires et université. Paris: L' Harmattan, 2005.

SCHRAMM, J. M. A. ANDRADE, J.M. LEITE I, C., VALENTE, J.G., GADELHA, A.M. J., PORTELA, M.C., CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Rev. Ciênc. saúde coletiva, 2004.

SILVA, D. J. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. São Paulo: Signus, 2002.

SOMMERMAN, A. Inter ou transdiciplinaridade?. São Paulo: Paulus, 2006.

THOMAS, E. J., BRENNAN, T. A. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. Texas: BMJ, 2000.