

Acompanhamento Domiciliar de Idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu

Homecare Monitoring of Elderly Patients by the Family Health Unit in Botucatu, São Paulo

Paulo José Fortes Villas Boas^I
Milena Luckesi de Souza^{II}
Mariana Cristina Augusto^{II}
Trícia M. Feitosa Florípes^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Idoso.
- Assistência Domiciliar.
- Geriatria.

KEYWORDS

- Elderly.
- Home Care Monitoring.
- Geriatrics.

Recebido em: 01/04/2010

Reencaminhado em: 10/09/2010

Aprovado em: 20/09/2010

RESUMO

Introdução: Um dos projetos desenvolvidos pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp é voltado à atenção integral à saúde do idoso: Acompanhamento Domiciliar (ACO). **Objetivos:** Realizar ACO em idosos de USF, mensurando o impacto de medidas, e descrever a percepção de acadêmicos quanto ao ACO. **Metodologia:** A equipe era composta por um tutor, três preceptores e 12 acadêmicos. Cada aluno realizou o acompanhamento de um idoso, aplicando a Avaliação Geriátrica Ampla, com ênfase na capacidade funcional. Após cada visita, eram realizadas discussões e propostos planos terapêuticos intervencionais não medicamentosos. **Resultados:** Avaliaram-se 15 idosos e foram acompanhados 12, com média etária de 84,3 (\pm 2,6) anos, sendo 75% do sexo feminino. Tinham dependência para AVD (atividades de vida diária) 67% e para AIVD (atividades instrumentais de vida diária) 85%. Durante o ACO, nenhum idoso necessitou de internação. Os acadêmicos relataram melhor compreensão do envelhecimento populacional e a adequação do ACO como forma de atenção à saúde dos idosos. **Conclusões:** As atividades permitiram o estabelecimento de vínculo entre a equipe. O interesse do acadêmico na atenção à saúde do idoso foi atingido. A metodologia facilitou o processo de integração ensino-serviço.

ABSTRACT

Introduction: One of the projects conducted by the Educational Program for Health Work (PET-Saúde) at the Botucatu School of Medicine (Unesp) focuses on comprehensive healthcare for the elderly through homecare. **Objective:** The objective was to conduct homecare for the elderly through the Family Health Unit, measuring impact and describing the medical students' perceptions of the care. **Methodology:** The team consisted of a tutor, three preceptors, and 12 medical students. Each student monitored one elderly patient, applying the Expanded Geriatric Assessment, with an emphasis on functional capacity. Each home visit was followed by discussions and proposals for non-pharmacological treatment plans. **Results:** Fifteen elderly individuals were assessed, and 12 were monitored, with a mean age of 84.3 years (\pm 2.6), 75% of whom were women. Sixty-seven percent were dependent in their ADL (activities of daily living) and 85% for IADL (instrumental activities of daily living). None of the elderly individuals required hospitalization during the homecare. Students reported a better understanding of population aging and the appropriateness of homecare for the elderly. **Conclusions:** The activities allowed establishing a bond among the team and fostered students' interest in care for the elderly. The methodology facilitated integration between teaching and the health service.

^I Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Unesp busca reorientar a formação dos profissionais de saúde inserindo seus acadêmicos em atividades que propiciem o desenvolvimento de pesquisas e educação permanente na Estratégia de Saúde da Família, como princípios orientadores na integralidade e humanização do cuidado.

Em 2009, a FMB foi selecionada para participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do Ministério da Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde, criado em 2008 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010, foi inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação. Tem como uma das ações o fortalecimento da atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do Sistema Único de Saúde¹. O conceito-chave do projeto é a educação pelo trabalho, estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), implementado desde 2005.

As atividades do PET-Saúde são realizadas nas unidades do programa Saúde da Família. Além da prática profissional, ocorre o desenvolvimento de pesquisas em temas prioritários, como Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Alimentação e Nutrição, Sistemas de Informação e Doenças Negligenciadas.

O fio condutor do programa é a integração ensino-serviço-comunidade, tendo sido conduzido numa parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (Sesu), do Ministério da Educação.

O projeto desenvolvido pela FMB objetivou a valorização da atenção primária à saúde como Estratégia de Saúde da Família (ESF); a formação permanente de todos os sujeitos envolvidos; a possibilidade de mudança na formação do profissional da área de saúde e a implantação de projeto na ESF.

No primeiro ano do PET-Saúde, foi desenvolvido, em parceria da FMB e da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, o projeto “Acompanhamento domiciliar de idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu”, na área da atenção à saúde do idoso. Neste projeto, foi utilizada como base referencial a Política Nacional do Idoso, que criou a Assistência Domiciliar Geriátrica, disciplinada pelo Conselho Federal de Medicina².

A assistência domiciliar (AD) é caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento em domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde³. Pode ser dividida em algumas modalidades: atendimento domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar.

A AD apresenta-se como uma opção importante para os pacientes que até pouco tempo eram tratados basicamente nos hospitais e hoje são transferidos o mais rapidamente possível para seus domicílios para a finalização ou manutenção de seus tratamentos com programas de reabilitação, de recuperação ou de cuidados paliativos. Isto é necessário, pois há uma crescente necessidade dos administradores hospitalares de otimizar as internações e reinternações, pressionados pelos altos custos, o que requer maior racionalização do tempo de permanência do paciente no hospital, maior rotatividade dos leitos e diminuição dos custos hospitalares.

O termo AD é empregado numa gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Está incluído neste conceito o chamado suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte).

A modalidade de Acompanhamento Domiciliar (ACO) se destina a pessoas que necessitem contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe de saúde. São exemplos de condições apropriadas para inclusão no ACO: paciente portador de doença crônica que apresente dependência física e pacientes idosos com dificuldade de locomoção ou que morem sozinhos.

No contexto do paciente idoso, o ACO está inserido em um modelo gerontológico que visa, na medida do possível, à reinserção do idoso na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a recuperação de sua independência funcional. Além disso, o domicílio oferece um lugar seguro ao idoso, protegendo-o do meio, evitando com isso sua institucionalização, em nível tanto hospitalar quanto asilar.

Na equipe de saúde que atua no AD, as funções abrangem a avaliação de modo integral, individual, familiar e do contexto social da situação da pessoa enferma, o esclarecimento da família sobre os problemas de saúde e a construção de plano de cuidados para a pessoa enferma.

Na avaliação do paciente idoso, utiliza-se a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que é basicamente interdisciplinar, objetivando um planejamento do cuidado e um acompanhamento em longo prazo dos idosos, com base em escalas e testes quantitativos, permitindo uma visão global do idoso. Por ser um método que contém instrumentos que quantificam a capacidade funcional e avaliam limites psicológicos e sociais, há uma intervenção no ato da avaliação⁴.

A AGA avalia os seguintes domínios, com escalas específicas⁵:

- atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária;
- saúde mental: humor e estado cognitivo;

- audição e visão;
- estado nutricional;
- equilíbrio e mobilidade;
- suporte social e familiar.

Pode ser incluído o uso de medicações.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem recomendam a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional^{6,7}.

No contexto da Estratégia da Saúde da Família, o ACO é um importante instrumento de avaliação de pessoas com dificuldade de locomoção, sendo palco de atuação de toda a equipe de saúde.

A participação de graduandos de Medicina e Enfermagem neste cenário de ACO de pacientes idosos, em conjunto com a ESF, propicia ao aluno atuação na residência do paciente, oportunidade de aprendizado em cenário diferente do tradicional, em ambiente hospitalar, contato com outros profissionais e troca de experiências.

OBJETIVOS

Realizar Acompanhamento Domiciliar em idosos de Unidade da Saúde da Família.

Mensurar o impacto de medidas nos pacientes em Acompanhamento Domiciliar.

Descrever a percepção de acadêmicos quanto a esta modalidade de atenção.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB (Ofício 420/2009).

O grupo era composto por um tutor (médico), três preceptores (profissionais da ESF, sendo um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social) e 12 acadêmicos de Medicina ou Enfermagem.

Para ser incluído, o idoso deveria ser domiciliado na área de abrangência da Unidade de Programa de Saúde da Família.

Cada um dos 12 alunos foi responsável pelo acompanhamento de um idoso no domicílio durante o período do estudo, com aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), conforme protocolo padronizado pela Disciplina de Geriatria da FMB. A AGA envolvia os domínios: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, saúde mental (humor e estado cognitivo), audição e visão, estado nutricional, equilíbrio e mobilidade, suporte social e familiar, e uso de medicações.

O idoso foi reavaliado pelo aluno quinzenalmente, com ênfase na atenção ao estado funcional. Após cada avaliação, eram realizadas discussões com a participação de toda a equipe, com a proposição de planos terapêuticos intervencionais não medicamentosos. Essas discussões eram subsidiadas pela leitura crítica de artigos científicos.

Após seis meses, foi analisado o grau de dependência dos idosos, comparando-se os valores obtidos nos domínios registrados na primeira e na última avaliação.

RESULTADOS

Avaliaram-se inicialmente 15 idosos. Foram acompanhados 12 idosos, pois dois mudaram de cidade e um faleceu após a primeira avaliação. Foram realizadas 11 visitas para cada idoso.

A média etária dos idosos foi de 84,3 (\pm 2,6) anos. Eram do sexo feminino 75% dos pacientes acompanhados. A renda média era de 1,15 (\pm 1,6) salários mínimos. Somente 16,6% dos pacientes acompanhados recebiam algum tipo de auxílio assistencial.

Cinco (41,6%) dos avaliados relataram alguma perda importante nos últimos anos. Somente 1 (8,3%) relatou uso de álcool.

A média do número de medicações consumida regularmente foi de 5,6 (\pm 1,2) por dia. A média de diagnósticos médicos foi de 5,6 (\pm 2,9), sendo as mais frequentes: diabetes *mellitus* (3), hipertensão arterial (4), síndrome demencial (3), sequela de acidente vascular encefálico (2).

Tinham dependência para AVD 67% e para AIVD 85%.

A média das escalas aplicadas é apresentada na Tabela 1.

TABELA 1
Média de Escalas de Avaliação de Idosos

	Visita inicial Média \pm dp	Visita 6 meses Média \pm dp	Valor de p
Atividade básica vida diária (pontos)	5,1 \pm 1,3	5 \pm 1,2	0,76
Atividade instrumental vida diária (pontos)	17 \pm 4,7	16,1 \pm 5,5	0,33
Miniexame estado mental (pontos)	21 \pm 5,8	20,6 \pm 8,9	0,28

Seis meses antes da primeira avaliação, três idosos necessitaram de internação. Durante o acompanhamento, nenhum necessitou de internação. No período anterior ao início do acompanhamento, três idosos necessitaram de internação. Após seis meses do projeto, nenhum.

Os acadêmicos relataram melhor compreensão do envelhecimento populacional e a adequação da proposta do ACO como forma de atenção à saúde dos idosos.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a atenção domiciliar esteve presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais, como a RDC 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006), representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde⁸.

Os objetivos da AD são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral por meio de maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; ser um campo de ensino e pesquisa⁹.

Devido ao crescimento mundial da população idosa, a atenção à saúde do idoso determina uma preocupação quanto à capacidade funcional. Esse aumento populacional gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Assim, é preciso utilizar instrumentos que possibilitem avaliar este aspecto^{5,10}.

O presente estudo mostrou que os idosos avaliados apresentavam faixa etária caracterizada como muito alta, proporção maior de mulheres, elevado número de doenças diagnosticadas e importante grau de dependência funcional, tanto para AVD como AIVD. Os resultados da avaliação funcional permitem comentar que não houve piora neste domínio no período, mostrando melhora da qualidade da assistência prestada.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina⁶ recomendam que "Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina". Acreditamos que a diversificação de cenários de ensino é importante¹¹, sendo necessário usar espaços adequados a esta finalidade, como o domicílio, local que permite ao aluno de graduação observar a dinâmica do relacionamento idoso-familiares, assim como destes com a comunidade. Esse ambiente oferece aos alunos a oportunidade de estabelecer vínculo com os pacientes e familiares, fato que ocorreu neste trabalho¹¹.

A participação dos preceptores e do tutor nesta metodologia de ensino é importante, pois eles participaram com o referencial teórico e com o conhecimento da comunidade onde a atividade é desenvolvida¹.

Os dados obtidos mostram melhoria na assistência ofertada aos pacientes, com maior integração entre a universidade (FMB), o serviço (Unidade de Saúde – Prefeitura Municipal de Botucatu) e a comunidade (pacientes e cuidadores), objetivo maior do PET-Saúde¹.

CONCLUSÕES

As atividades permitiram o estabelecimento de vínculo entre os acadêmicos, o tutor e os preceptores, profissionais que integram a equipe de saúde da Unidade de Saúde, com a participação efetiva destes nas visitas domiciliares.

O interesse do acadêmico na atenção à saúde integral do idoso, um dos objetivos iniciais do trabalho, foi atingido. A metodologia facilitou o processo de integração ensino-serviço, assim como despertou os profissionais da EFS para as atividades pedagógicas.

AGRADECIMENTOS

A Alina de Almeida Bastos, Bruna Carla Ferreira Mendes, Bruno da Rosa de Almeida, Débora Carvalho Molan, Fabrício da Silva, Gabriela Antonio dos Santos, Juliana Golfieri Stéfano, Leandro Vinicius de Souza, Luiz de Melo Santos Neto, Marcelo Pacheco Gonçalves, Patrícia Gomes Ferreira Netto, Thais Rottini (acadêmicos participantes do grupo PET).

REFERÊNCIAS

1. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. [homepage]. Brasília:MS; [acesso em 24ago. 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597
2. Conselho Federal de Medicina. [homepage]. [acesso em 22 nov.2010]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1668_2003
3. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.
4. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública. 2005;21(1):7-19.
5. Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Revista da UFG [periódico na internet]. 2003 [acesso em 22 nov. 2008];5(2):[cerca de 13 p]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_u fg/idoso/aga.html.

6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 7 de nov. 2001. Seção 1, p.37.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União. 30 jan. 2006; Seção 1, p.78.
9. Osmo AA, Castellanos PL. Os cuidados a domicílio: da decisão política à gestão de programas. [Online]. [acesso em 3 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm>
10. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):655-62.
11. Goulart LMHF et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. Rev Bras Educ Med [periódico

na Internet]. 2009 [acesso em 26 mar. 2010];33(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005022009000400011&lng=pt&nrm=iso.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Paulo José Fortes Villas Boas contribuiu na elaboração do projeto, delimitação do tema e objetivos do estudo, definição metodológica, análise dos dados e redação e considerações finais. Milena Luckesi de Souza, Mariana Cristina Augusto e Trícia M. Feitosa Floripes contribuíram na delimitação do tema, coleta dos dados, revisão da literatura, redação e considerações finais.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paulo José Fortes Villas Boas
Depto Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.
Rubião Júnior, s/nº
Botucatu – São Paulo
CEP 186018-970 – SP
E-mail: pvboas@fmb.unesp.br