# ATENÇÃO DOMICILIAR ÀS PESSOAS IDOSAS

# Autores: Amanda Oliveira Campos 1 Tayse dos Santos Almeida 2 Allana Fernandes Andrade 3 Paticia Arruda de Assis 4 Tamilis Soster Medeiros 5 Quitéria Moreira 6

Segundo Brasil (2006), a atenção domiciliar às pessoas idosas é um conjunto de ações realizadas por uma equipe multidisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Também articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

Brasil (2006) ainda relata que a Atenção Domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar. (BRASIL, 2006)

## Internação Domiciliar

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, Portaria GM N° 2529 de 20 de outubro de 2006, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, sendo atendidos por equipe específica. (BRASIL, 2006)

## Assistência Domiciliar

Pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica / Saúde da Família ou a atenção especializada. O Ministério da Saúde define que a Assistência domiciliar na Atenção Básica/ Saúde da Família é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária. (BRASIL, 2006)

## Organização da Assistência Domiciliar para Pessoa Idosa na Atenção Básica

Para Brasil (2006), a Equipe Saúde da Família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária, que necessitem de atendimento no domicílio.

* Identificação da Necessidade de Assistência Domiciliar para Pessoa Idosa na Atenção Básica

A identificação de uma pessoa idosa que necessite de Assistência Domiciliar na Atenção Básica parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades de vida diárias, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas: (BRASIL, 2006)

• Ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar.

• Por meio de visitas do agente comunitário de saúde.

• Por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.

Brasil (2006) ainda ressalta que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é instrumento que pode auxiliar o ACS na identificação dos idosos que necessitam de assistência domiciliar. O ACS deve levar o caso identificado para a equipe de saúde, que o avaliará para inclusão ou não. Um dos momentos a ser aproveitado para a troca de informação é a reunião de equipe.

**Para mais informações sobre a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/Saúde da Família consultar o capítulo 10 do Caderno de Atenção Básica/Saúde da Família – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, Ministério da Saúde, 2006. (BRASIL, 2006)**

## Interface entre a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família e a equipe de Internação Domiciliar

Brasil (2006) relata que com base no princípio da territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas que estão na área de abrangência, inclusive aquelas que estão num determinado momento, sendo atendidas em outro nível de complexidade do sistema. Uma pessoa em Internação Domiciliar não deixará de ser acompanhado também pela equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

Deve haver a integração das atividades entre a equipe de Atenção básica/Saúde da Família e a equipe da internação domiciliar, visando otimizar esforços e evitando duplicidade de ações.(BRASIL, 2006)

# GERENCIAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA

Conforme Brasil (2006), no Brasil, o Sistema Único de Saúde está assumindo o desafio de construir um sistema de saúde que desenvolva a capacidade de trabalhar em rede e em equipe interdisciplinar.

Gerenciar o cuidado das pessoas idosas com doenças crônicas exige conhecimento técnico assistencial, administrativo e capacidade em técnicas de resolução de problemas. Mas, quem gerencia o cuidado da pessoa idosa na Atenção Básica? (BRASIL, 2006)

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família, que na reunião de equipe, elabora o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário que apresente alguma situação de maior gravidade ou risco, definindo atividades, metas e responsáveis. A gestão do PTS pode ficar a cargo de um dos profissionais da equipe, de preferência, ser aquele que desenvolveu o melhor vínculo com o usuário, que fará o papel de “maestro” das atividades referentes ao projeto. (BRASIL, 2006)

Brasil (2006) ressalta que o cuidado à pessoa idosa compreende diversos atores: idoso, família, cuidador (se existente), comunidade e equipes de atenção à saúde, que atuam de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção às demandas identificadas por meio de relações interpessoais. É preciso valorizar e criar, além dos espaços de discussão da própria equipe, outros espaços em que possam ser incluídos os outros atores envolvidos na rede social de cuidado do idoso.

Os vários serviços e os diferentes profissionais envolvidos no cuidado de uma pessoa devem estabelecer formas de comunicação para além das referências e contra-referências, trocando e produzindo os saberes necessários a cada Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL, 2006)

O gerenciamento do cuidado da pessoa em processo de envelhecimento:

a) Permitirá a identificação das demandas e dos serviços necessários para atendê-las.

b) Planejará conjuntamente com idosos, familiares e cuidadores, a utilização desses serviços.

c) Coordenará a prestação dos serviços elencados como necessários.

d) Estabelecerá uma comunicação eficiente entre todos os envolvidos permitindo, o desenvolvimento de um cuidado integrado.

e) Coordenará a qualidade do cuidado prestado revisando a utilização dos recursos, o estabelecimento e a utilização de protocolos e analisando as respostas obtidas.

Brasil (2006) complementa que, embora inserido no contexto da saúde, os cuidados com a pessoa em processo de envelhecimento envolvem toda a rede de atenção ao idoso em especial os serviços sociais e de saúde. O desenvolvimento desse cuidado deverá guiar os idosos na complexa rede de serviços assistenciais permitindo, por meio de decisão conjunta e do trabalho de coordenação das equipes da atenção básica, decidir pelas opções mais apropriadas para cada caso.

Para Brasil (2006), o controle das condições crônicas nos idosos pode, hoje, ser mais eficiente em virtude dos avanços científicos, mas, é a clínica ampliada que permitirá o seguimento regular da terapêutica por meio do acompanhamento do auto-gerenciamento, da detecção e intervenção precoce em agravos e agudizações. Isso só é possível por meio de uma assistência organizada e não somente de profissionais competentes individualmente.

A adesão aos projetos terapêuticos depende da capacidade da equipe de saúde em produzir vínculos positivos e produzir propostas terapêuticas pactuadas. Idosos e seus familiares não devem ser tratados ou considerados como receptores passivos dos serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à própria saúde, participando do tratamento e sendo apoiados e valorizados nesse processo. (BRASIL, 2006)

Brasil (2006) diz que a avaliação das atividades de vida diária (AVD) são frequentemente utilizadas como indicadores de incapacidade física refletindo, substancialmente, o nível de comprometimento dos idosos. O gerenciamento do cuidado pode postergar tais perdas e organizar os cuidados permitindo a participação ativa de todos os envolvidos tornando-o, menos impactante e mais adaptativo.

Brasil (2006) fala que a tríade do cuidado da pessoa idosa é formada pelo idoso e familiares, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde. Essa tripla parceria é peculiar ao tratamento das condições crônicas e essencial no gerenciamento do cuidado do idoso.

Somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas, quando os idosos, suas famílias, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são: informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria, conforme descritos abaixo: (BRASIL, 2006)

• Informados, na medida da necessidade de cada usuário, sobre as condições crônicas, incluindo seu ciclo, as complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas, evitando produzir uma situação em que a doença ou o risco tornem-se dominantes na vida do idoso.

• Motivados para modificar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis, aderir a tratamentos de longo-prazo e auto gerenciar suas condições crônicas, a partir, não somente de restrições, mas também da construção de possibilidades de prazer e felicidade, apesar dos limites.

• Capacitados com habilidades comportamentais para administrar suas condições crônicas em casa. Isso inclui a disponibilidade de medicamentos, equipamentos de saúde, instrumentos para auto-monitoramento e habilidades de auto-gerenciamento.

Essa tríade é influenciada e apoiada pelas organizações de saúde e por toda a comunidade que, por sua vez, influem de maneira recíproca no âmbito político. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre o sistema de saúde e a comunidade, acerca de questões específicas do idoso e de seu tratamento. O funcionamento otimizado da tríade, ocorre quando os idosos e suas famílias constatam a ausência de lacunas, inconsistências ou redundâncias no tratamento e se declaram confiantes, capazes e apoiados para gerenciar seus problemas crônicos. Está relacionado, portanto, ao que se denomina atenção integrada. (BRASIL, 2006)

Brasil ainda complementa que, contudo, é importante saber de que forma a equipe entende e sente a ideia do envelhecimento, pois essa questão está associada a um repensar da atenção à saúde e à transformação cultural da condição de envelhecimento. Nossa cultura ainda hoje tende a valorizar mais as perdas de atributos do padrão de beleza e juventude do que as possibilidades de uma vida subjetivamente rica na singularidade do idoso. O serviço de saúde e o cultural são dois movimentos inseparáveis e vitais para o sucesso de qualquer política para a pessoa idosa. Um exemplo disso é o Programa de DST-AIDS que com os movimentos sociais formados por soropositivos, familiares e minorias foram (e são) sujeitos na construção das políticas para AIDS.

Os movimentos sociais de alguma forma sintonizados com a temática do idoso devem ser convocados pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, permitindo que os idosos possam ser ativos, participantes e coprodutores das soluções para os seus problemas. (BRASIL, 2006)

Conforme Brasil (2206) na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular é importante considerar as seguintes etapas:

**I - Avaliação:**

A construção do PTS começa na reunião de equipe com um momento de avaliação que busca identificar os problemas relacionados com as áreas psicosocial, econômica, legal e de saúde vivenciadas pelo idoso e família. Os diferentes vínculos que os profissionais da equipe de Atenção Básica estabelecem com o usuário e sua rede social, são fundamentais tanto para a melhor compreensão da situação quanto para futura negociação do projeto. A avaliação deverá definir as condições de saúde, a classificação da pessoa idosa quanto ao nível de cuidados necessários e o caminho na tomada de decisões. A avaliação deverá incluir informações sobre:

a) Estado de saúde: capacidade funcional, doenças existentes, medicações, estado de saúde percebido.

b) Estado funcional: nível de assistência necessária para o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

c) Estado cognitivo: memória, capacidade de tomar decisões.

d) Suporte disponível: família, amigos, vizinhos.

e) Ambiente: barreiras na manutenção da independência ou riscos de segurança.

Em resumo esse momento deve avaliar os riscos, as vulnerabilidades e também as potencialidades. Essa última implica na capacidade da equipe de descobrir - e ou ajudar o usuário a descobrir – velhos e novos objetos de investimento, atividades de que gostava ou gosta. A própria forma com que a equipe entende e sente a idéia do envelhecimento deve ser tema de discussão durante as reuniões, de forma a facilitar a busca e construção dessas potencialidades. Se a equipe compartilhar, por exemplo, da cultura dominante em relação ao idoso, que considera o envelhecimento e a morte como “derrotas” fica mais difícil buscar potencialidades nos usuários. (BRASIL, 2006)

**II - Planejamento do cuidado:**

É desenvolvido a partir da avaliação e deve buscar resolver os problemas identificados tendo por base os recursos potenciais e existentes do idoso e da comunidade onde está inserido. Deve promover a integração de diferentes áreas e serviços e incluir:

a) Listagem de problemas: colocados em ordem de prioridade conforme identificado na avaliação. Lembrar de verificar no momento de negociação com o usuário, se as prioridades da equipe são compatíveis com as prioridades do usuário.

b) Metas dos serviços de curto, médio e longo prazo: metas mensuráveis desenvolvidas pela pessoa idosa e pelos gerentes de cuidado para cada problema.

c) Organização dos serviços: especificando tipo e quantidade de serviços necessários para que a pessoa idosa alcance suas metas - exemplo número de visitas domiciliares, agendamento de consultas.

O planejamento do cuidado deve ser continuamente revisado, pois tende a se modificar conforme a evolução do quadro da pessoa idosa. Todas as propostas produzidas na equipe devem ser negociadas posteriormente com o usuário. (BRASIL, 2006)

**III - Coordenação e implementação de soluções**

Corresponde à fase de execução do plano de cuidados considerando custo efetividade e conveniência. A implementação, sempre que possível, deve respeitar os desejos da pessoa idosa e de sua família quanto a serviços e provedores. O gerenciamento do cuidado deve incluir, de forma organizada e coordenada, serviços formais e informais. (BRASIL, 2006)

**IV - Monitoramento e Avaliação do plano de cuidados**

O gerenciamento do cuidado envolve o monitoramento contínuo da execução do plano de cuidados estabelecido de forma a garantir as adequações necessárias e sua execução com alto padrão de qualidade. Os serviços prestados devem ser flexíveis e adaptáveis às mudanças observadas entre as pessoas idosas e suas famílias. (BRASIL, 2006)

A avaliação dos resultados obtidos deve ser periódica e deve propiciar a adequação do planejamento inicialmente estabelecido. Embora simples e exeqüível, tal cuidado exige repensar o sistema vigente adequando-o às suas novas demandas. (BRASIL, 2006)

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MS. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, Secretária de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, 2006.