

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO: DESAFIO A SER SUPERADO

Virginia Maria Freitas

RESUMO

O envelhecimento da população brasileira traça um perfil diferenciado para as demandas da saúde. Antes, o país se preocupava em definir políticas públicas para cuidar da saúde da gestante, da saúde do bebê, da saúde do adolescente. Tudo isso se desenhava quando éramos um país de jovens. Agora, o país tem que se preocupar com a saúde do idoso. Para isso, deve haver um repensar de toda a estrutura, porém a mais urgente é a área da saúde, visto que essa deverá sair de uma política curativa para uma preventiva.

O início de toda essa engrenagem começa pela formação acadêmica das equipes de saúde, que devem atuar multidisciplinarmente e receber, por parte das universidades, incentivo e capacitação para o atendimento dessa demanda, tanto naquilo que se refere aos aspectos peculiares de suas patologias quando ocupam um leito hospitalar, quanto a atendê-los em seu próprio domicílio. O processo de envelhecimento aumenta consideravelmente o número de pessoas com doenças crônico-degenerativas, havendo, de consêquencia, escassez de leitos hospitalares.

A necessidade primeira é a contextualização das instituições de ensino para essa nova realidade. Compreender que o país envelhece e que as equipes de saúde devem estar preparadas e equipadas para o atendimento.

Palavras-chave: envelhecimento, acadêmicos, atendimento domiciliar.

RESUMEN

El envejecimiento de la población, pinta un perfil diferente de las exigências da la salud. Anteriormente, el país estaba preocupado em la definición de políticas públicas para el cuidado da la salud de la mujer embarazada, la salud del bebê, la salud de los adolescentes, es señalar cuando éramos um país de jóvenes. Ahora el país tiene que preocuparse por la salud de lãs personas de edad avanzada. Para ello, usted tiene que haber um replanteamiento de toda la estructura, sin embargo, la más urgente es el área de la salud, ya que esto deja um curativa a uma política preventiva.

El comienzo de todos estos artes de pesca, comenzando com la educación de los equipos de atención da la salud, que debe actuar multidisciplinario y por las universidades reciben el estímulo y la formación para satisfacer esa demanda, tanto em lo que se refere a los aspectos peculiares de su condición de acupación quanto uma cama de hospital como servir em sus propis casas, ya que el proceso de envejecimiento, aumenta el número de personas com enfermedades crônico-degenerativas, com la consiguiente escasez de camas de hospital.

La primera necesidad es la contextualización de lãs intuições educativas a esta nueva realidade. Comprender que los padres y el envejecimiento que equipos de la salud deben estar preparadas y equipadas para el servicio.

Palabras clave: envejecimiento, académicos, cuidados en el hogar.

INTRODUÇÃO

O Brasil já não pode ser mais considerado país jovem, segundo COSTA *et al.*, apud KELLER(2002). Baseia-se essa afirmação nos parâmetros definidos pela Organização

Mundial de Saúde, que considera uma população envelhecida quando as pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, atingem 7%. No Brasil, já temos 8,6% da população dentro desse parâmetros. A Organização Mundial de Saúde prospecta que, em 2025, o Brasil será a sexta população de idosos do mundo .

Aponta a informação do censo IBGE(2000) que os principais fatores do envelhecimento da população brasileira, se devem á queda nas taxas de fecundidade. A partir dos anos sessentas, conforme aponta KALACHE (1998), houve, com a divulgação dos métodos contraceptivos, um decréscimo na taxa de fecundidade, no Brasil. Antes tínhamos 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 filhos, em 2000 . A proporção de idosos, em 1980, era de 16 para cada 100 crianças. Em 2000, já é de 30 idosos, para cada 100 crianças. Houve, de igual modo, queda na taxa de mortalidade, melhoria nas condições de saneamento básico, domínio das doenças infecto-contagiosas, vacinação sistemática, além do incremento nas terapêuticas de combate das doenças em geral.

A realidade da velhice brasileira, infelizmente, é a da dependência e falta de autonomia, pois, conforme aponta KARSCH (1998), 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais necessitam de ajuda para realizar ao menos uma tarefa, como fazer suas próprias refeições, e 10% necessitam de auxílio para tarefas rotineiras, como sentar-se, levantar-se e vestir-se. Portador de diversas patologias, o idoso procura os leitos hospitalares, uma vez que, com a transição epidemiológica, ocorreu uma transformação nos processos agudos de doenças. Antes, as doenças que mais acometiam os idosos, tinham um desfecho rápido. Essas, porém, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis, que trouxeram mais incapacidade e maior gasto com saúde.

O IDOSO NO CONTEXTO HOSPITALAR

O paciente idoso ocupa, por muito tempo, um leito hospitalar e exige o acompanhamento de vários especialistas e outros profissionais da área de saúde.

Segundo Camarano (2002), as principais causas de internação são a insuficiência cardíaca e a coronariana, seguidas das doenças pulmonares. São vítimas também das infecções hospitalares e das escaras, que poderiam ser evitadas se o corpo clínico fosse mais preparado, se os quartos recebessem mais ventilação e não fossem superlotados.

Um estudo hospitalar realizado por Rothschild & Bates & Leape (2000) mostra que as quedas dos leitos dentro das instituições hospitalares chegam a 50% ao ano, registrando que 25% desse total tem como consequência a morte dentro de um ano e 60% jamais recuperam a capacidade funcional. O mais agravante é que muitas dessas quedas podem ser atribuídas à negligência no trato dos pacientes, por parte da equipe do hospital (Góis,2007).

O hospital deveria adequar sua estrutura física e de recursos humanos à demanda que mais consome serviços. A utilização de grades protetoras nos leitos, bem assim o emborrachamento das escadas para evitar quedas e consequentes fraturas, é uma providência inquestionável. Muito mais comum do que se imagina, a desnutrição do idoso em hospitais se revela cruel realidade, por isso, há necessidade de o nutricionista acompanhar a dieta, investindo em nutrientes, especialmente em zinco e vitaminas A e E, que contribuem significativamente para cicatrização das feridas, comuns em pacientes de longa permanência em hospitais.

Segundo Camarano (2002), a taxa de utilização da internação na faixa de 80 anos é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos. Nesses casos, uma melhor atenção ao idoso significa compreender que se deve substituir, dentro das unidades hospitalares, a quantidade de procedimentos de internação hospitalar pela qualidade dos serviços. Igualmente, realizar um suporte extrainstitucional com acompanhamento de equipes de tratamento em domicílio após a desospitalização. Aqui a necessidade da multidisciplinaridade, pois o universo de atendimento se expande, não há como as equipes trabalharem dissociadas das famílias, quer seja para os pacientes de acompanhamento ambulatorial de complexidade patológica e simples quer para aqueles de incapacidade funcional severa.

Há necessidade de um elo entre equipe e família. Nesse ponto, surge o cuidador, figura de fundamental importância nessa relação e grande responsável pela continuidade do tratamento.

Profissionais na assistência domiciliar

Segundo Duarte & Diogo (2000), atender aos doentes em seu domicílio é prática relatada no Velho Testamento, como forma de fazer caridade. Em 1610, São Francisco de Sales fundou a ordem da Virgem Maria,

congregação de mulheres que visitavam os doentes e faziam todo o trabalho de higienização e alimentação dessas pessoas. Ainda dessa mesma época, existe um manual denominado Manual das Filhas de Caridade, com um capítulo dedicado exclusivamente à visita em domicílio.

Após longo período, com a especialização e a evolução dos tratamentos, a medicina foi sendo institucionalizada e os profissionais da área de saúde se acostumaram a tratar o paciente dentro de uma estrutura hospitalar. Nesse espaço, o paciente é que vem em busca de tratamento para sua saúde, daí por que tem que se adequar aos protocolos definidos.

A estrutura de uma unidade hospitalar, de certo modo, faz uma blindagem nos aspectos que permeiam a vida íntima do paciente. Não há espaço para envolvimento

emocional, não existe uma história por trás daquele corpo. As vivências acumuladas no decorrer de toda uma existência é desconsiderada.

Ao tentar compreender o comportamento atual de uma pessoa, devemos contextualizá-la em seu histórico de vida. Com a pessoa idosa, não é diferente, todas as vivências trazem, para o momento presente, uma herança de raízes. Na velhice, somos emocionalmente o resultado de nossa infância e da fase adulta.

Segundo Duarte & Diogo (2000), o processo de adoecimento traz, para qualquer pessoa, um sentimento de fragilidade, dependência e insegurança. Em especial com o paciente idoso, há necessidade, no que toca aos profissionais que lidam com ele, muita sensibilidade e conhecimento quanto aos desajustes de comportamento. Estes podem ser interpretados psicologicamente como mecanismo de defesa contra angústias inconscientes. Nessa linha, perda da memória evitará que ele tome conhecimento dos desprazeres do momento, e o comportamento autoritário é uma máscara-resposta aos sentimentos de inferioridade causados pela doença.

Para tratar o paciente no contexto domiciliar, exige-se sensibilidade, conhecimento e habilidades. Esses aspectos, fundamentais aos profissionais, devem ser estimulados, quando estão em formação, no interior das universidades, onde a difusão do conhecimento geriátrico deveria constitui disciplina básica.

A realidade é que o número de geriatras e gerontólogos é pouco em nosso país, assim como o atendimento da Fisioterapia não é considerado prioritário. Em se tratando de reabilitação, a fisioterapia mais intensa deve ser instituída precocemente na internação hospitalar, para ser mais efetiva e estendida para o domicílio, sem interrupção (Rebelato & Morelli, 2004).

Diante desse cenário, encontram-se as equipes de saúde: médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos em enfermagem, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. São os profissionais que mais atuam em domicílio que deveriam receber, por parte dos centros de formação, durante a graduação, capacitação dirigida ao tratamento de saúde no contexto familiar.

É gritante a insuficiência quantitativa de profissionais com formação na atenção aos idosos. Segundo a Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 2002 havia poucas centenas de geriatras para uma população de 15 milhões de idosos. Entre os mais de cem cursos de graduação em Medicina, nem dez contam com disciplinas que abarcam temas geriátricos e gerontológicos na grade curricular. Apenas de 1990 para cá, é que foram incorporados temas sobre envelhecimento nos programas de pós-graduação.

Tratar o paciente em seu domicílio é entrar em contato com sua história. É ali em seu mundo, que estão as impressões digitais de sua vida. Para compreendê-lo há necessidade do desenvolvimento de algumas habilidades, hoje muito distantes em uma relação de saúde. Saber ouvi-lo e conhecer a história de vida do doente, e não só a queixa do doente, conhecer aspectos da família, dar conselhos sobre aspectos, familiares, sexuais e muito sobre estilo de vida, mudança de comportamento, orientar a estrutura da casa, oferecer meios alternativos de tratamento.

Ao encerrar a graduação, o aluno deveria, no mínimo, ter adquirido habilidades técnicas e emocionais que lhe permitissem reconhecer a pessoa idosa como cidadão de direitos, principalmente direito à autonomia.

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

As instituições de ensino devem compreender que os futuros profissionais terão cada vez mais demandas dependentes e com necessidades de cuidados paliativos e terminais. Para tanto, há necessidade de essas equipes expandirem sua área de conhecimentos, é necessário aproximar-se de temas das áreas da Psicologia, Sociologia e Epidemiologia Clínica, gestão, administração e outras ciências. Enfim, novos saberes que permitam compreender as transformações, por exemplo, que as famílias vem sofrendo, visto que a família não está dissociada do tratamento.

Segundo Karash (1998), a família está em crise, e isso no mundo todo. São vários os motivos: separações, divórcios, novas uniões, busca de novos mercados de trabalho e a participação da mulher no mercado de trabalho.

Pesquisa do IBGE (1993) observou o dobro de separações havidas na década anterior. Teremos uma geração de idosos morando sozinhos e que poderão formar novas famílias. Assim, poderemos ter filhos do casamento atual morando com os da nova união, o que não descarta a possibilidade de futuros conflitos no momento de se nomear um cuidador para assumir as responsabilidades pelo tratamento. Aponta Medeiros (1998) que devido à crise na economia experienciada na década de 90, muitos brasileiros e jovens de todo mundo abandonaram suas casas para buscar colocação no mercado externo, tendo então que ficar idosos, muitas vezes, cuidando de netos e, por ocasião de doenças, o papel do cuidador era exercido por adolescentes e crianças. Assim, em muitos lares o idoso exerce a função de provedor principal, tendo muitos sob sua dependência.

As transformações causadas pelo novo perfil da mulher no mercado de trabalho impactou, sobremaneira, a estrutura da família. Conforme aponta Neri (1993), o papel de cuidar é culturalmente atribuído à mulher, e a sociedade ainda espera isso dela, como se fosse

uma extensão das atribuições de mãe. Com sua inserção no mercado de trabalho, observou-se que o papel de cuidador dos idosos ficou fragilizado, tendo assim, muitos idosos, de se cuidarem de si mesmos, sozinhos, e ainda serem responsáveis pelo cuidado das crianças da casa.

Sensibilizado por toda essa sobrecarga física e emocional, o idoso desenvolve uma carência afetiva que se revela, especialmente, no contato com a equipe de saúde. Se, nesse contato, a equipe não for preparada para perceber essa necessidade, fornecendo mais que um atendimento, dando atenção à pessoa humana, demonstrando solidariedade com o quadro, compreendendo-a historicamente, a relação então ficará fragmentada.

Vários estudos têm demonstrado que os pacientes, quando procuram um atendimento médico, querem prioritariamente aconselhamento sobre seu problema de saúde e que apreciam muito a forma como o médico os ouviu e a atenção que lhes foi dispensada.

CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento da população brasileira está se efetivando mais rápido do que as providências necessárias para adequar a nova realidade. O novo perfil de doenças crônicas, de mais longa duração e consumo de medicamentos, exames e internação, exige um replanejamento nas estruturas de atendimento às populações. Os gestores da educação, especialmente os responsáveis pela organização da estrutura de formação profissional, têm compromisso fundamental na correção desse processo, investindo na capacitação das equipes de saúde para o conhecimento geriátrico e gerontológico, assumindo postura diferenciada de atendimento, privilegiando a promoção de saúde, com suporte para o atendimento domiciliar. O trabalho das equipes multiprofissionais deverá estar pautado na qualidade de vida e na autonomia, independentemente do aspecto.

A transformação dessa realidade exige atitude de toda sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMARANO, A.A.. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. (2003). **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia**. *Revista da UFG, vol. 5, n. 2, dez*
- DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.E. , (2000). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte. Editora Atheneu.
- GÓIS, A.L.B. (2007). *Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do sistema único de saúde do Brasil*. Faculdade de Ciências Médicas. UERJ.
- GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M.(eds).(2002.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, cap. 6, p.58-71.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.(1993). *Censo Demográfico. Anuário*

Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE.

KALACHE, A. (1998). Future Prospects for geriatric medicine in developing Countries. In: Tallis RC, Fillit, HM, Blocklehurst JC (eds). (1998). *Blocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 5. ed. London: Churchill Livingstone, p. 1513-1520.

KARSCH, U. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, KELLER, I.; MAKIPAA, A.; KALENSCHER, T.; KALACH., (2002). A. *Global survey on geriatrics in the medical curriculum*. Geneva, World Health Organization.

MEDEIROS, M. (1998). *Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatoide: adaptação cultural e validação do Caregiver Burden Scale*. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

NERI, A.L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papiros, 1993.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (2004). *Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole, p.37-247.

ROTHSCHILD, J. M.; BATES, D. W.; LEAPE, L. L. (2000). *Preventable medical injuries in older patients*. Arch Intern Med, 160: 2717-2728.