

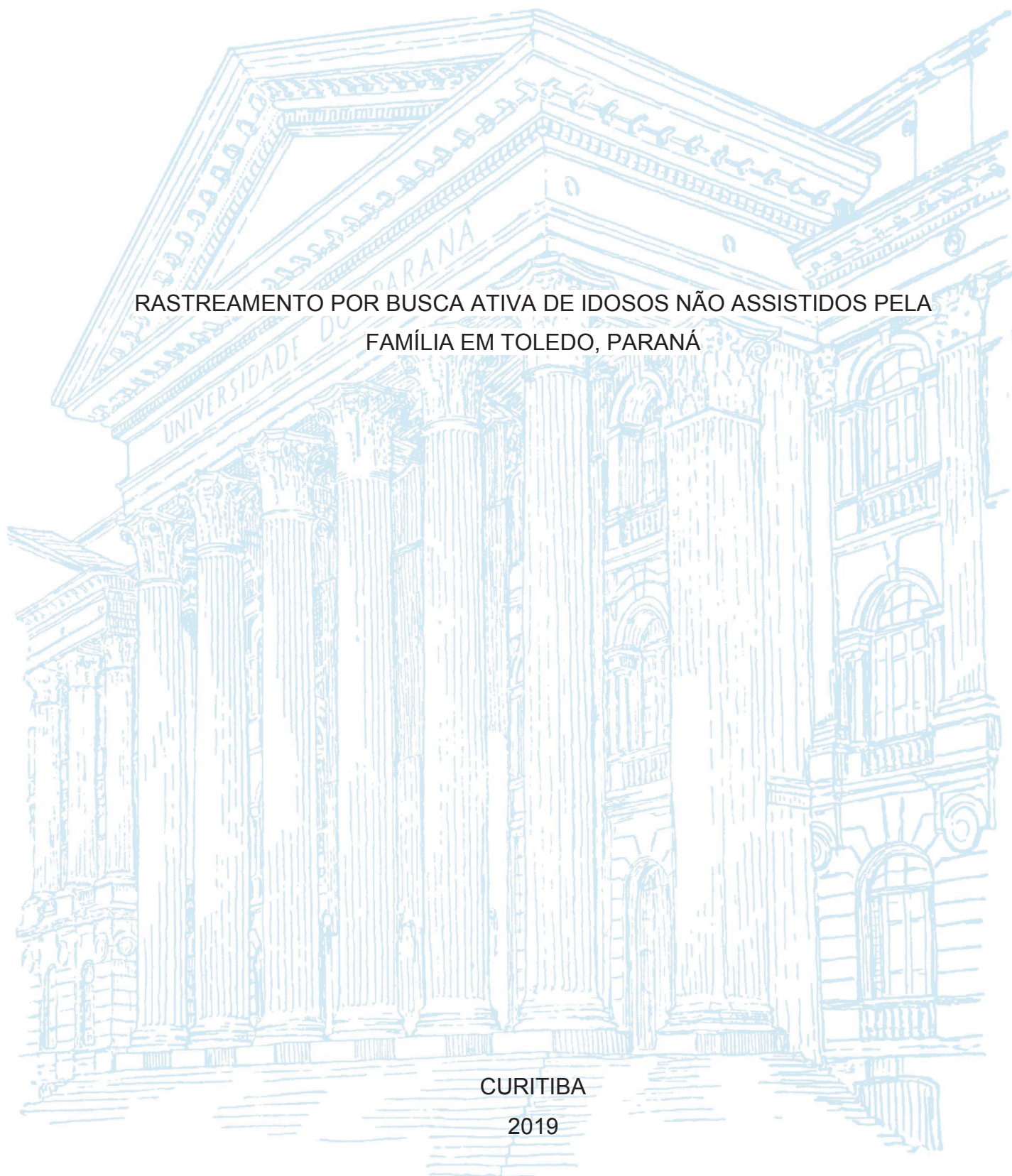
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIANE DA SILVA

RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE IDOSOS NÃO ASSISTIDOS PELA
FAMÍLIA EM TOLEDO, PARANÁ

CURITIBA

2019



ELIANE DA SILVA

RASTREAMENTO POR BUSCA ATIVA DE IDOSOS NÃO ASSISTIDOS PELA
FAMÍLIA EM TOLEDO, PARANÁ.

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Dr Marcelo Jose de Souza e Silva

CURITIBA

2019

Dedico este projeto para todos os idosos da área da Estratégia Saúde da Família Bressan, que com muita satisfação e me permitiram finalizar esse projeto, ressaltando a importância do cuidado integral na saúde dos idosos e aprimorando a saúde pública no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos familiares de todos os idosos pela atenção e paciência. A toda equipe de saúde que me auxiliou no processo de implementação desse projeto, com dedicação, empenho, afinho, compromisso e determinação de todos e com isso possibilitando a conclusão.

RESUMO

Através da busca ativa na área de abrangência da unidade de Estratégia Saúde da Família na cidade de Toledo, Paraná, no Jardim Bressan, foi realizado o rastreamento por meio das visitas domiciliares, detectamos idosos desassistidos pela família. O objetivo geral é identificar o número de idosos que não são assistidos pela família, pois os mesmos são vulneráveis. O plano de Intervenção é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Este projeto se trata de uma pesquisa de ação com intuito de aprimorar a assistência integral de idosos desassistidos pela família, agregando a equipe multidisciplinar e a família em ações de melhoria da assistência, com o propósito de identificar toda população idosa com mais de 60 anos, que são desassistidas pelos familiares, com a finalidade de intervir na melhoria da interação idoso/família. Através de uma análise da convivência dos mesmos com os familiares, obtivemos o resultado que alguns familiares necessitam de ajuda também e que não estão com total saúde para assistir esses idosos. Por meio de reuniões com a equipe multidisciplinar e os familiares dos idosos, foi inspecionado e obtivemos 280 idosos na área de abrangência, sendo que 15 idosos foram classificados como alto risco e 8 idosos demos início à intervenção. A proposta da intervenção é acompanhar cada caso, estabelecendo uma relação com o idoso, possibilitando o conhecimento da sua relação familiar, percebendo então a realidade de seu convívio familiar. Portanto, ocorreu a obtenção de cerca de 50% dos objetivos, conluo afirmando que a interação idoso/família foi aprimorado, a família está mais vinculada e ciente quanto à importância da assistência e cuidado integral do idoso, comparecendo com frequência nas reuniões na unidade para acompanhamento e coparticipando mais com os idosos.

Palavras-chave: Idoso, intervenção, vulneráveis, cuidado.

ABSTRACT

Through the active search in the scope of the Family Health Strategy unit in the city of Toledo, Paraná, in Jardim Bressan, the tracing was carried out through home visits, we detected elderly people who were not cared for by the family. The general objective is to identify the number of elderly people who are not assisted by the family because they are vulnerable. The Intervention plan is a result of the UFPR Specialization Course in Primary Care, funded by UNA-SUS. This project is an action research aimed at improving the integral care of the elderly who are not family, adding the multidisciplinary team and the family in actions to improve care, with the purpose of identifying all the elderly population over 60, which are disregarded by family members, in order to intervene in the improvement of the elderly / family interaction. Through an analysis of the coexistence of the same with the relatives, we obtained the result that some relatives need help also and that they are not in total health to attend these elderly people. Through meetings with the multidisciplinary team and the relatives of the elderly, we were inspected and obtained 280 elderly people in the area of comprehension, with 15 elderly people classified as high risk and 8 elderly people we started the intervention. The purpose of the intervention is to follow up each case, establishing a relationship with the elderly, making possible the knowledge of their family relationship, perceiving the reality of their family life. Therefore, about 50% of the objectives were achieved, concluding that the elderly / family interaction was improved, the family is more aware and aware of the importance of care and integral care of the elderly, attending frequently in the meetings in the unit for monitoring and coping more with the elderly.

Keywords: Elderly, intervention, vulnerable, care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
OBJETIVO GERAL:	10
OBJETIVO ESPECÍFICO:	10
3 METODOLOGIA	11
3.1 CRONOGRAMA:	12
4. REVISÃO DE LITERATURA	13
5. PLANO DE INTERVENÇÃO	16
5.1 MÉTODOS	16
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	26

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção foi realizado na unidade de Estratégia Saúde da Família na cidade de Toledo, Paraná, no Jardim Bressan, formada por uma equipe composta de uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e duas agentes de epidemiologia, atendendo uma área de abrangência composta por 1.406 famílias, e aproximadamente 4.218 habitantes, tendo como maior característica idosos entre 60 a 98 anos, carentes, de baixo nível cultural e escolar e com grande problema de relacionamento familiar.

A população é carente e a maioria trabalha em uma multinacional de produtos alimentícios, onde se exige muito esforço dos trabalhadores, causando várias patologias associadas à movimentos repetitivos, problemas respiratórios devido ao trabalho em baixas temperaturas, acidentes de trabalho e doenças crônicas. Em nossas visitas domiciliares detectamos vários idosos que são deixados sozinhos em casa, esses com patologias de diabete e hipertensão (com sequela de AVC), cadeirantes, com Alzheimer, entre outros.

A população idosa tem aumentada ano após ano, e as políticas públicas não estão preparadas para o aumento deste tipo de população, sendo esta considerada como terceira idade. Segundo Toldra, Cordone, Arruda et al. (2014), na velhice é indispensável a qualidade de vida, o relacionamento social, a autonomia, a interação e o relacionamento familiar entre outros. Porém, o que observamos hoje em dia é que os idosos são retraídos, por pensarem que já não possuem autonomia.

Atualmente cresce o número de agressões contra idosos, com mais de 60 anos, incluindo todos os tipos de abusos psicológicos, físicos, sexuais, social, econômico e abandono. O abuso muitas vezes acontece dentro da própria moradia e são causados pelos familiares mais próximos (BRASIL, 2006).

Segundo o Estatuto do Idoso: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2013, p. 8).

Este projeto trata-se de uma proposta de intervenção na unidade de Estratégia Saúde da Família Jardim Bressan, buscando intervir no abandono e negligência ao idoso. Para isso será estabelecida uma relação com o idoso, o que nos possibilita

conhecer na íntegra sua relação familiar e nos ajuda a desenvolver um melhor plano de intervenção, com isso conhecemos a realidade de seu convívio familiar, e suas necessidades reais.

2. OBJETIVO

OBJETIVO GERAL:

Identificar o número de idosos que não são assistidos pela família.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Reforçar a importância do cuidado para famílias com pessoas idosas;

Realizar visitas domiciliares para idosos;

Investigar e intervir quando há possível maus tratos;

Organizar a medicação por símbolos que o idoso possa identificar;

Denunciar junto a promotoria pública, caso seja necessário.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória da área assistida para levantar dados da situação dos idosos desassistido pela família. Entrevistando os idosos e familiares para o levantamento da real situação existente, analisando dados obtidos nas entrevistas com fim de realizar ações de melhoria. O estudo trará como foco o método de pesquisa e ação, procurando diagnosticar a situação e promover uma ação concreta e conjunta com a equipe da ESF.

Esta pesquisa exploratória tem por objetivo identificar toda população idosa com mais de 60 anos, que são desassistidas pelos familiares, com a finalidade de intervir na melhoria da interação idoso/família.

A família tem por obrigação priorizar as necessidades da pessoa idosa quanto alimentação, saúde, qualidade de vida, convívio social, lazer, liberdade, dignidade, respeito, autonomia, moradia. (ESTATUTO DO IDOSO, LEI 10.741, 2003).

Em minha pesquisa observo a população idosa e a situação de vulnerabilidade que se encontra no âmbito familiar, sendo a principal causa a desassistência desses idosos por parte da família, pois muitos familiares os abandonam deixando-os em muitas vezes em situação precária, sem assistência a saúde, alimentação, higiene e até mesmo excluindo do meio social.

Através das visitas domiciliares em nossa área de abrangência, conseguimos identificar a população idosa que necessita de cuidados priorizados devido a falta de recursos financeiros, prática nos cuidados e conhecimento e/ou orientações aos familiares que poderiam estar realizando, a equipe multidisciplinar e os familiares dos idosos, foi realizado uma análise. A partir dessa análise obtivemos 280 idosos na área de abrangência, sendo que 15 idosos foram classificados como alto risco e 8 idosos demos início à intervenção.

Quanto aos idosos desassistidos foi analisado a convivência dos mesmos com os familiares, obtivemos o resultado que alguns familiares necessitam de ajuda também e que não estão com total saúde para assistir esses idosos. O fator mais preocupante foi que alguns familiares tiveram que ser muito bem orientados e por várias vezes quanto a importância do apoio e auxílio deles ao idoso, pois alguns são analfabetos e leigos. Nossa equipe entrevistou ao máximo, oferecendo orientações em como remanejar no cotidiano com os idosos.

3.1 CRONOGRAMA:

DATA OBJETIVO ESTRATEGIA PARTICIPANTE

DATA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	PARTICIPANTE
24/04	Preparação e Organização	Organização e reunião de equipe para conhecer plano de intervenção	Medica / Enfermeira / técnico de enfermagem e ACSs
29/04	Preparação e organização	Distribuição e elaboração do papel de cada integrante da equipe.	Medica e Enfermeira
02/05	Preparação e organização interna	Capacitação, organização e reunião técnica para conhecimento total e amplo do plano de intervenção	Medica/ Enfermeira/ Técnico de enfermagem e ACSs
03/05 a 07/05/2019	Investigação interna populacional	Coleta e reunião de dados sobre os idosos da área.	Enfermeira / Técnico e ACSs
09/05 a 13/05/2019	Implementação	Visitas para identificar a problemática familiar e social.	ACSs
14/05 a 17/05	Implementação	Visita domiciliar para estratificação do idoso e familiares, não assistidos por família.	Medica / Enfermeira e Técnico/Assistente Social
20/05 a 23/05	Implementação	Consulta individual na unidade ou domicílio com idoso.	Médica/Enfermeira/ Técnica de enfermagem.
27/05 a 30/05	Implementação	Reunião com familiares, iniciar implantação do plano	Medica / Enfermeira /Técnico de enfermagem/ Assistente Social
03/06 a 05/06	Investigação	Realizar visitas surpresas no domicílio para identificar possível regressão do plano de intervenção	Medica e Enfermeira/Técnico de enfermagem/ Assistente Social
06/06	Avaliação e feedback	Análise, discussão e verificação da intervenção.	Medica / Enfermeira / técnico de enfermagem e ACSs

4. REVISÃO DE LITERATURA

Antigamente o envelhecimento não era uma etapa considerada importante, porém a realidade nos dias atuais é outra. No Brasil, nos próximos 50 anos, teremos aproximadamente 17,6 milhões de idosos, sendo que esse aumento se reflete no baixo índice de natalidade e fecundação e melhoria dos indicadores de saúde assistida e preventiva, a velhice se caracteriza por um processo simples e cronológico, que não pode ser revertido e que causa processos naturais a indivíduo com mais de 60 anos. (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

Um país é considerado jovem quando até 7% da população tenham 65 anos ou mais e velho quando esse índice ultrapassa 14%. O Brasil, nos próximos 25 anos, será um país considerado velho, devido ao aumento de mais de 14% da população idosa. No ranking mundial o Brasil passara de 16º posição para a 7º posição com população idosa maior de 65 anos, e considerando a faixa etária de 70 anos para homens e 76 anos para mulheres, teremos o triplo aproximadamente de idosos com mais de 65 anos, uma taxa de 18% de aumento. (BARCELOS; MADUREIRA; RIBEIRO, 2013).

A medicina e a saúde preventiva têm um papel importante para o crescimento da população idosa, com a prevenção de doenças e a compreensão do idoso em todos os aspectos seja social, cultura, econômica, tendo um aumento de expectativa de vida de 2016 a 2017, que era de 79,4 anos para 79,6 anos entre mulheres e 72.2 para 72.5 para homens. (IBGE, 2017).

Outro tópico relacionado a velhice corresponde ao sexo, pois a mulher terá uma sobrevida maior que o homem, devido a fatores biológicos e externos, já que os homens estão muito propensos a acidente automobilístico, trabalhos pesados com risco de acidentes laborais e incapacidade, patologias relacionadas a esforço físico. (FREITAS, 2013).

Esse alto índice de envelhecimento da população brasileira terá reflexo na atenção básica de saúde, devido a fatores de doenças crônicas e incapacidade por fatores relacionados a prevenção às patologias laborais e fisiológicos, causando uma demanda maior aos cuidados de saúde para o idoso. (MORAES. 2017).

As equipes de saúde devem ser capacitadas ao cuidado dos idosos, realizando a promoção a saúde, tanto psicológica quanto física, de forma que essa fase não se

torne uma frustração para o idoso ou familiares. Para isso são preconizados na Política Nacional de Saúde a prevenção das doenças que causam incapacidade física, mental, funcional, sequela e demais complicações, cabendo a todo profissional de saúde saber como, quando e onde identificar se ocorre maus tratos. (NAPOLITANO, 2013).

Compreendo que a senilidade é a fase que todo ser humano acha complicada, toda pessoa que ultrapassa seus 50 anos começa a apresentar o medo da velhice então são em voltas por pensamentos que acabam levando a certas patologias psicológicas, como depressão, ansiedade, medo de perder a beleza, autonomia, vida social, financeira, porem esquecem que se trata de um processo natural e que alguns chegam aos 60 anos e outros aos 90 anos e talvez mais, o processo de envelhecimento não é sinônimo de incapacidade e sim uma série de fatores que se encarados com leveza são vencidos, principalmente se a família está próxima.

Na atualidade as pessoas estão se adequando ao processo de envelhecimento e está adequação deve-se ao aumento de idosos na sociedade, o que faz com que os profissionais da saúde tenham papel importante na fase de transição da faixa etária adulta para senil.

O idoso precisa sentir-se seguro em todos os aspectos, para que não se sinta rejeitado e nem desprezado, essa segurança deve ser primeiramente da família e depois da sociedade, um ambiente familiar seguro, faz com que o medo de ser um peso uma realidade menos dura. Por isso devemos conscientizar a sociedade sobre a integração de nossos idosos, pois com eles podemos obter várias experiências e assim avaliar a nós mesmos. (DATILO, 2015)

O envelhecimento não pode ser considerado um processo de incapacidade, impotência, perda de suas capacidades mentais, autonomia e a pessoa idosa não deve ser vista como rabugenta, teimosa e implicante.

Porém, muitas pessoas esquecem que isso é um processo natural do ser humano, quando começamos a ter uma melhor observância de nossos idosos, nos conscientizamos que eles não se tornaram assim por simples teimosia, e sim por não perceberem essa mudança, todos um dia irão envelhecer, e temos que tentar adaptar esse processo com a melhor dignidade que pudermos. (BERZINS, 2007).

No Brasil os idosos têm menor possibilidade de uma vida digna, devido a uma aposentadoria de valor indevida, e com os altos custos de alimentos e medicações, sendo que algumas destas medicações muitas vezes não são ofertadas pelo SUS,

tornando assim dificultoso para aquisição destes produtos. Com isso os idosos não têm uma qualidade de vida satisfatória por não ter condições de realizar propósitos como viagens, lazer e diversão, podendo ter momentos de felicidade (FREITAS, 2013).

O idoso tem necessidades para seguir uma velhice com dignidade, familiares por perto, vida social, lazer, saúde, boa alimentação, moradia adequada, conseguir realizar suas tarefas desde que essas não os exponham a acidentes domésticos, ter amor, atenção e companhia, sendo uma necessidade maior considerada a compreensão da família a essencial para uma qualidade de vida digna. (MORAES, 2017).

Outra questão importante quando falamos de idosos é a violência e muitas pessoas compreendem violência somente como agressão física, não tendo consciência que temos um amplo conceito de violência, que consiste em agressões psicológicas, abuso, econômico/financeiro, sexual, abandono, negligencia, autonegligência, violência medicamentosa, violência emocional, social e física. Porém, realizar uma estimativa contra a violência contra o idoso é difícil, pois esses são propensos a ficar em casa, e sem contato com a realidade social, tornando um diagnóstico e uma estatística irreal. (DATILO, 2015).

A violência pode ocorrer em vários lugares e ser cometido por diversos tipos de indivíduos, todo dano não acidental a que o idoso é exposto entende-se por violência, até mesmo uma não resposta a suas perguntas ou olhares maliciosos e com desprezo ao mesmo. A maioria das violências são cometidas pelos próprios filhos, genros, noras, cônjuge, netos entre outros familiares, nossa sociedade muitas vezes se omite dessa realidade cruel e fria, tornando com que as agressões se repitam com frequência. (CHAIMOWICZ, 2013).

5. PLANO DE INTERVENÇÃO

5.1 MÉTODOS

Este projeto se trata de uma pesquisa de ação com intuito de aprimorar a assistência integral de idosos desassistidos pela família na unidade de Estratégia Saúde da Família Jardim Bressam, agregando a equipe multidisciplinar e a família em ações de melhoria da assistência. O objetivo principal é a detecção desses idosos desassistidos por meio de rastreamento através das visitas domiciliares, com meta de intervenções tornando melhor a qualidade de vida dos idosos. O projeto principiou no período de maio a junho de 2019 nesta ESF.

Segundo o MS 2016, através da caderneta do idoso podemos perceber o comprometimento a aptidão funcional, condições de saúde, hábitos de vida, vulnerabilidades, além de fornecer orientações para o seu autocuidado.

O seguinte projeto contou com a participação, apoio e dedicação da equipe multidisciplinar da ESF, dando início às reuniões para análise de quantos idosos estão desassistidos e foram adotadas estratégias de busca ativa e levantamento de dados. A busca ativa foi concretizada mediante as visitas domiciliares e inspecionamento da enfermeira e médica.

Meta 1: Sensibilizar a equipe quanto a importância na busca ativa ao Idosos desassistidos.

DATA HORA	E	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSOS
24/04/2019 13:00 17:00hs	as	Preparação interna	Educação continuada	2 horas	Da própria unidade

No dia 24 de abril de 2019, ocorreu a primeira reunião na própria unidade ESF, com toda a equipe multidisciplinar para haver discernimento do plano de intervenção. A médica e enfermeira da unidade realizaram discussões para analisar o conhecimento sobre idosos desassistidos.

Os tópicos desta reunião foi a apresentação do número de idosos cadastrados na unidade, que foram levantados pelas ACSs de cada micro área totalizando em 280 idosos, cada ACSs apresentou os idosos que já tinham conhecimento em suas visitas, aqui foi debatido alguns conhecimentos da desassistência e dos riscos que apresentavam como higiene precária, alimentação inadequado, moradia com pouca adequação, baixo nível econômico, social e cultural, analfabetismo, depressão, baixa estima.

Meta 2: Realizar o plano adequado para cada integrante da equipe com objetivo de alcançar todos os idosos da área.

DATA HORA	E	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSO
29/04/2019 15:00 17:00	as	Preparação interna	Distribuição de cada papel dos integrantes da equipe	2 Horas	Da própria unidade

No dia 29 de abril de 2019, prosseguimos com a distribuição e elaboração do papel de cada integrante da equipe. Sendo que cada um têm as suas devidas competências.

Sendo acordado pela medica e a enfermeira que as ACSs realizara visitas periódicas para cada idoso de sua micro área com intuito para identificar os idosos que tem risco de desassistência familiar, técnico de enfermagem realizar triagem para avaliação da saúde desses idosos e monitorar a ingesta correta da medicação, enfermeira realizar coleta de dados levantados pelas ACSs, identificando os idosos de risco de desassistência e passar estes dados a medica para uma avaliação conjunta quanto aos idosos de risco.

Meta 3: Orientação e educação continuada nas duvidas existentes quanto ao risco de desassistência desses idosos.

No dia 02 de maio de 2019, ocorreu a segunda reunião com organização técnica. A médica e a enfermeira ministraram palestras educativas sobre o que seria

um idoso desassistido, possibilitando um amplo entendimento e conhecimento sobre o plano de intervenção.

Meta 4: Levantamento dos dados coletados, avaliar minuciosamente com objetivo de não deixar passar despercebido informações pertinentes.

DATA HORA	E	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSOS
03/05 04/05/2019 14:00 17:00s	e as	Identificar riscos	Avaliação dos dados levantados, formular estratégias.	2 Horas	Da própria unidade

Neste momento foi realizado apresentação dos dados levantados dos idosos desassistidos pela família, onde foi alcançado um número total de 280 idosos em nossa área de abrangência, identificamos cerca de 80 idosos que sofrem a negligencia familiar, por abandono, desassistência financeira, afetiva, saúde e social.

Meta 5: Realizar busca ativa, avaliação de estratificar os riscos existentes dos idosos identificados com risco.

DATA HORA	E	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSO
06/05 13/05/2019 08:00 11:00hs	até as	Avaliação da população alvo	Reavaliação e classificação de risco dos idoso identificados	18 horas	Transporte cedido pelo município

A médica, a enfermeira e as agentes comunitárias de saúde (ACS's) realizaram as visitas domiciliares para concretizar a identificação da problemática familiar e social.

Nos dias 14, 15, 16 e 17 de maio de 2019 foi realizado mais visitas domiciliares para a estratificação dos idosos não assistidos pela família e familiares.

Nos dias 20, 21, 22 e 23 de junho de 2019 a médica atendeu alguns idosos na unidade ESF e os idosos impossibilitados, como acamados e com dificuldade de deambular, a médica realizou visita domiciliar.

Nos dias 27, 28, 29 e 30 de maio de 2019 ocorreram as reuniões com os familiares para a compreensão dos problemas enfrentados em assistir o idoso e também o encetativo da implantação do plano de intervenção.

Nos dias 03, 04 e 05 de junho de 2019 realizamos visitas surpresas no domicílio para a identificação de possíveis regressões do plano de intervenção.

Por fim, no dia 06 de junho de 2019 foi realizado pela médica e a enfermeira a análise, discussão e verificação da intervenção.

A implementação das intervenções foram a análise da situação da renda de cada família, que deve ser considerado para a manutenção de uma assistência integral aos idosos. Sem recursos de renda há muitas dificuldades, como por exemplo, adquirir produtos básicos de higiene, alimentos frescos para manter uma ingesta de alimentação saudável, alguns medicamentos que não são fornecidos pelo SUS e são meras importantes para a continuidade da terapêutica. A dificuldade de serviços de fisioterapia para os idosos acamados.

Para os idosos que são ativos e deambulam, notou-se a dificuldade de adesão a atividade física que é fundamental agregado à terapêutica.

Quanto aos idosos desassistidos foi analisado a convivência dos mesmos com os familiares, obtivemos o resultado que alguns familiares necessitam de ajuda também e que não estão com total saúde para assistir esses idosos. O fator mais preocupante foi que alguns familiares tiveram que ser muito bem orientados e por várias vezes quanto a importância do apoio e auxílio deles ao idoso, pois alguns são analfabetos e leigos. Nossa equipe entrevistou ao máximo, oferecendo orientações em como remanejar no cotidiano com os idosos.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após as reuniões com a equipe multidisciplinar e os familiares dos idosos, foi realizado uma análise. À partir dessa análise obtivemos 280 idosos na área de abrangência, sendo que 15 idosos foram classificados como alto risco e 8 idosos demos início à intervenção.

Em seguida a estratificação de risco, realizamos visitas ao idosos que apresentaram risco eminente. Abaixo será relatado como realizamos o remanejamento com esses 8 idosos, especificando a situação de cada um e como intervimos.

A primeira visita foi a dona J. S. idosa de 81 anos, cadeirante por sequelas de AVCI, a mesma encontrava-se no domicílio sozinha e sem adequação de moradia para as suas condições físicas e psíquicas. Dona J. S. sem condições de locomoção, reside com a sua filha e genro que estavam trabalhando no momento da visita, segundo o relato da idosa. Dona J. S. estava com boa condição de higiene, porém não conseguia ter acesso às suas medicações e nem discernimento para tomá-las. Entramos em contato com a filha M. S. de 48 anos que compareceu na unidade no mesmo dia da visita, em entrevista com a mesma, nos relatou que dona J. S. têm mais 5 filhos, porém somente ela ficou com os cuidados da mãe, e necessita trabalhar, por isso a idosa fica sozinha. Realizamos busca ativa dos outros filhos para possível contratação de uma cuidadora e orientamos que pela lei, uma idosa que necessita de cuidados integral não pode ficar desassistida. As orientações foram quanto ao risco de quedas, alimentação adequada, solidão, horários corretos de tomar as medicações. Sua filha M. S. necessitou de 2 dias de atestado para ficar com a mãe até conseguirem contratar uma cuidadora. Dona J. S. está em acompanhamento da equipe da unidade ESF e com uma cuidadora. As ACS's realizaram visitas semanalmente para a dona J. S. que está muito feliz com suas necessidades básicas supridas. Nessa intervenção, conseguimos contato com os demais filhos de dona J. S. e obtivemos um resultado imediato e de grande melhoria e integração familiar.

Na segunda, foi a visita a A. F. idoso de 78 anos, com artrose de joelho, cardiopata, DM não insulina dependente e HAS, reside junto com a esposa dona F. F. idosa que realizava os cuidados do esposo sozinha. Seu A. F. era ativo até 4 anos atrás, porém o mesmo desenvolveu artrose no joelho e não pode realizar cirurgia devido suas patologias associadas e o grau de obesidade. Seu A. F. tem 1 filho que reside junto com eles e 2 filhas que residem próximo, porém seu A. F. encontrava-se

em alto grau depressivo, por não receber visitas das filhas e o filho que reside com ele nunca está em casa quando necessitam dele. A esposa de seu A. F., dona F. F. tem 70 anos e também é hipertensa, idosa e de pequena estatura, não conseguia realizar os cuidados necessários ao seu A. F. Em contato com os filhos, iniciamos o acompanhamento e tratamento para depressão de seu A. F., e juntamente com os filhos e esposa foi decidido contratar uma cuidadora para o idoso, sendo que o mesmo não aceitava que necessitava de cuidados e tratamento para depressão, pois se achava autossuficiente. Em entrevista com familiares detectamos que o idoso não recebia visita das filhas devido ser muito agressivo verbalmente com ambas. Após o início do tratamento da depressão é acompanhado 2 vezes mensais em visita médica, técnica de enfermagem e ACS. Seu A. F. está menos agressivo, aceitando o tratamento, recebendo visitas das filhas frequentemente, o filho que reside com ele ainda tem restrições aos cuidados do pai, porém estamos trabalhando para solucionar a problemática da família.

Na terceira visita, foi a dona T.S. B. idosa de 89 anos, com HAS e DM não insulina dependente com retinopatia diabética, encontrava-se sozinha no domicílio. Perante a entrevista, a idosa relatou várias queixas do filho e da nora que residem ao lado de sua casa. A idosa reside sozinha numa casa com 4 cômodos e relatou que não consegue realizar suas tarefas diárias, e que o filho mesmo residindo ao lado de sua residência não tem os cuidados necessários com ela. Relata que teve várias quedas do mesmo nível e não foi levada para atendimento, suas medicações não são compradas e nem retiradas na farmácia básica. Na visita a idosa apresentava-se com boa higiene pessoal, bem alimentada, com a casa em excelente limpeza, e ao explorarmos suas medicações constatamos que haviam todos os remédios necessários para a mesma. Em reunião com o filho na unidade, esse nos relatou que dona T. S. B. têm mais 5 filhos, mas não quer e nem os deixa residir junto com ela, contou-nos que já foi contratado até uma cuidadora e ela não aceitou. Iniciamos então, acompanhamento e interação junto a dona T. S. B. e seu filho. Dona T. S. B. quando colocada juntamente do seu filho negou tudo que nos contou na visita. Esse caso trata-se de acompanhamento psicológico e imaginário da idosa. Estamos juntamente com o filho e psicóloga realizando visitas e tentando com que dona T. S. B. aceite companhia, pois a mesma tem risco eminente de quedas.

A quarta visita foi O. P., um idoso com 74 anos, com patologia psiquiátrica, HAS e amputação abaixo do joelho por acidente automobilístico há 3 anos. Etilista e

tabagista, com baixa renda familiar reside com a sua esposa idosa de 63 anos dona G. P., tem 1 único filho que reside em outra localidade e não cuida dos pais, e também não tem interesse. Esse idoso já acompanhamos há quase 1 ano e meio em visitas, sempre está em péssimas condições de higiene pessoal e de moradia, alimentação inadequada, agride a esposa pois faz uso de medicação controlada e ingesta de álcool. Dona G. P. sua esposa está cansada das condições e faz acompanhamento na unidade, é analfabeta e não tem conhecimento com as medicações do esposo. Em contato com o filho, o mesmo relata não ter tempo para cuidar dos idosos, e ajuda como pode, mas segundo relato de vizinhos e amigos o mesmo não realiza visita aos pais. Seu O. P. já foi internado várias vezes por surtos psicóticos e seu filho não foi encontrado para acompanhar o idoso em consulta e internação. Os idosos contam com a ajuda da comunidade, assistência social e CRAS. Nossa equipe realiza acompanhamento quanto à saúde dos dois idosos e demais necessidades, e nesse caso ainda não conseguimos um resultado de melhoria, pois foi acionado a promotoria pública quanto às condições e o abandono do filho, segue em investigação da promotoria. Estamos aguardando um parecer judiciário para poder encaminhar os idosos a uma casa de amparo ao idoso.

Na quinta visita, foi realizado ao idoso J. V. de 68 anos, solteiro, reside com a irmã de N. V. de 58 anos, que o cuida há 7 anos, após o idoso sofrer um AVCI, o mesmo é acamado e não tem condições de locomover-se sozinho. Na primeira visita o idoso J. V. encontrava-se em um quarto escuro sem higiene, emagrecido, sem alimentos e água. Ao interrogarmos a irmã que cuida de seu J. V. sozinha, a mesma relata estar depressiva pois mantém a casa sozinha com a aposentadoria do idoso, tem 01 filho com problemas psiquiátricos que encontra-se internado em um hospital psiquiátrico na cidade de Maringá-PR, e a mesma não consegue cuidar do idoso com a adequação necessária. Em reuniões e visitas domiciliares começamos um trabalho de atenção integrada aos dois integrantes da família. Foi realizado encaminhamento ao CRAS, acompanhamento psicológico, psiquiatra e médico da família. Realizado uma ação social juntamente com a comunidade (vizinhos) que ajudam na higiene e cuidados dos dois. Esse trabalho já vem sendo desenvolvido há mais de 8 meses e obtivemos muitos resultados positivos. Seu J. V. está hidratado, com boa higiene e bem alimentado até a última visita.

Na sexta visita domiciliar realizado pela equipe, foi dona M. S. idosa de 62 anos, acamada com sequela de AVCI e com Alzheimer em fase grave. A mesma estava aos

cuidados de uma neta adolescente de 15 anos, a mesma encontrava-se dormindo quando chegamos na visita às 10:00 horas da manhã. Dona M. S. estava sem alimentação, higiene e medicação. Ao interrogarmos a neta, a mesma relatou que sua mãe estava trabalhando e que ela avia perdido o horário para levantar-se e realizar os cuidados com a avó. Solicitamos para que a filha de dona M. S. comparecesse na unidade para entrevista. Em conjunto com a equipe realizamos orientações, higiene da idosa e administramos as medicações. Em entrevista com a filha I. S. de 39 anos, relatou que a dona M. S. têm mais 3 filhos, porém não cuidam da idosa pois suas esposas não querem, sendo assim a filha I. S. exige da filha adolescente que cuide da avó, porém a mesma não consegue efetivar os cuidados com dedicação, por se tratar de uma adolescente. Nossa equipe entrou em contato com os 3 filhos de dona M. S., para realizar entrevista na unidade. Dois filhos compareceram na entrevista, relatamos as condições em que a mãe se encontrava, e juntamente com a equipe conseguimos com que a família contratasse uma cuidadora para a idosa.

A sétima visita foi realizada para um casal de idosos, seu O. E. de 80 anos e O. I. E. de 84 anos, residem com 1 filho de 57 anos A. E. que é etilista e tabagista crônico. O casal recebe visita domiciliar quinzenalmente há 1 ano. Nas primeiras visitas o casal de idosos ambos com patologias crônicas de HAS e DM, não relatavam maus tratos do filho. Após a terceira visita os idosos já adquirindo confiança na equipe, começaram os relatos de agressões verbais e físicas do filho. O casal possui mais 2 filhos que apesar de morarem perto não tem condições de cuidar dos mesmos, pois uma está em tratamento oncológico por câncer de mama, e a outra com depressão. O filho que reside com o casal de idosos tem um filho que foi acionado pela equipe da unidade, e compareceu na entrevista familiar. Juntamente com a equipe decidiu ir morar com os avós e cuidar do pai que está internado há 2 semanas em uma clínica de desintoxicação por dependência. Os idosos que se encontravam em maus tratos psicológicos e físicos estão em acompanhamento pela equipe.

Na oitava visita, dona C. C. idosa de 70 anos, reside sozinha, tem apenas um filho que há pouco está separado da esposa. A idosa está em tratamento para depressão profunda. Na primeira visita relatou solidão e vontade de suicídio, a mesma é portadora de HAS e realizava acompanhamento clínico na unidade, mas de aproximadamente 4 meses atrás começou a faltar nas consultas. A equipe então realizou uma busca ativa da idosa que estava em casa em isolamento social, emagrecida não se alimentando, sem higiene alguma, desidratada, hipocorada.

Realizado internação da idosa para reabilitação física e psíquica de urgência. Realizado busca ativa do filho, em entrevista o filho relatou que não havia ciência do estado da mãe e que há vários meses não tinha contato com a idosa devido seu casamento ter chegado ao fim por interferência da idosa, então em um ato de revolta, havia cortado os laços com a mesma. Após várias reuniões e interação com o filho e mãe, agora os dois estão residindo juntos e a idosa voltou a frequentar a unidade juntamente com o filho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente projeto possibilitou detectar quantos idosos estavam desassistidos pela família. Classificamos 15 idosos como alto risco, sendo que realizamos a intervenção com 8 deles.

Foi obtido cerca de 50 % dos nossos objetivos, a melhor interação família/idoso, os idosos demonstram estar felizes por estarem bem cuidados, por receberem mais atenção e carinho dos familiares, sendo alguns resultados obtidos. Também a contratação de cuidadores para alguns idosos aprimorou o cuidado e assistência integral, para as famílias que não conseguiram contratar um cuidador, um familiar se disponibilizou para cuidar. A família está totalmente vinculada com o idoso, após esse projeto ter dado início, comparecendo com mais frequência nas reuniões na unidade. A família também obteve mais consciência e conhecimento sobre o estado de saúde do idoso, demonstrando interesse e preocupação com os mesmos, através de visitas na unidade, procurando saber quanto ao estado de saúde deles.

A minha contribuição de intervenção são as visitas domiciliares realizadas semanalmente e quinzenalmente para rastreamento e acompanhamento desses idosos que nossa equipe entrevistou que são de alto risco associado com as patologias que cada um obtém. Por meio das visitas inspeciono em como os idosos estão sendo tratados e cuidados, e caso necessário já diálogo com os familiares para o aprimoramento de alguma situação incorreta e/ou indelicada com os mesmos, também para o acompanhamento e inspeção da terapêutica das patologias.

Como recomendações futuras, sugiro o andamento da busca ativa por meio de rastreamento como prevenção de piora do quadro de saúde dos idosos da nossa área de abrangência, possibilitando evitar encaminhamentos médicos e de outros profissionais da saúde sem necessidade. Porque se intervir com antecedência podemos prevenir complicações das patologias e da saúde mental deles, aprimorando a assistência e cuidado integral dos mesmos para que eles tenham um aprimoramento na qualidade de vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S.; RIBEIRO, M.T.F. et al. Saúde do idoso. Belo Horizonte, NESCON UFMG Ed. Coopmed, 2013.

BERZIN, M.A.V. da S. Violência contra a pessoa idosa. O que fazer in Manual do Cuidador da Pessoa Idosa: Cuidar Melhor Evitar a Violência. Tomiko Born (org.) - Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2007.

CHAIMOWICZ, F.; Saúde do Idoso. 2º ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013.

DATILO, G.M.P.A.; Cordeiro, A.P.; Envelhecimento Humano: Diferentes Olhares. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

FREITAS, E.V. et al. Negligencia e Maus-Tratos: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de atenção à saúde. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde, 3º ed., 2 reimpressões, Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de atenção básica n19. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde, 3º ed., 2 reimpressão, Brasília, 2016.

MORAES, E.E.; et al. Avaliação Multidimensional do Idoso. Secretaria do Estado de Saúde. Curitiba, 2017.

NAPOLITANO, D. M. F. V. Negligencia e Maus Tratos Contra Idosos: como minimizar este problema. Uberaba, 2013.

TOLDRA, R.C.; et al. Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida com Idosos por meio de Práticas Corporais: O mundo da Saúde, São Paulo, 2014.