

Impacto da gestão compartilhada em idosos restritos ao leito e ao lar

Impact of shared medical care in elder restricted to bed and to home

Jéssica Augusta Canazart¹, Patrícia Rodrigues Silveira¹, Cezar da Silva Gouvea¹, Ronaldo Batista Melo Júnior¹, Pedro Henrique Torres Menezes¹, Felipe Roza Silva¹, Eric Levi de Oliveira Lucas¹, Flávia Lanna de Moraes³, Carla Jorge Machado², Edgar Nunes de Moraes⁴

RESUMO

Introdução: O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional deixaram lacunas no cuidado aos idosos. Uma estratégia para melhorar a assistência a essa população é o cuidado compartilhado. **Objetivos:** Avaliar por monitoramento telefônico o impacto do atendimento realizado por equipe geriátrico-gerontológica especializada (EGGE) e a implementação do plano de cuidado personalizado (PCP) na saúde dos idosos restritos ao leito e ao lar. **Métodos:** Por meio de ligações telefônicas familiares foram questionados sobre a implementação do PCP e se houve percepção de melhora na saúde global do idoso pelos cuidadores. Consideramos a percepção de melhora como variável independente e a relacionamos com sexo, idade, escore na escala visual de fragilidade (EVF), implementação do plano de cuidado, por meio de regressão de Poisson binária múltipla com intervalo de 95% de confiança e nível de significância igual a 5%. **Resultados:** Foram analisados 485 pacientes, dos quais 56,1% tiveram o PCP implementado. Destes 485, havia informação sobre melhora para 469 pacientes: 63,1% não tiveram melhora e 36,9% tiveram melhora. A ocorrência de melhora foi maior entre aqueles com PCP (57,2%) comparativamente àqueles sem PCP (12,6%). Análise de regressão de Poisson indicou que a melhora do paciente com PCP implementado é 4,7 vezes a chance dos pacientes sem plano de cuidados implementado (RI=4,44; IC95%: 2,1-7,2; p<0,001), independente de idade, sexo e nível na EVF. **Conclusão:** A melhora no grupo que teve PCP implementado foi 4 vezes maior em relação a aqueles que não tiveram.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Idoso; Geriatria; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Higher life expectancy and population aging have left gaps in elderly people care. One strategy to improve the assistance to this population is a shared care. **Objectives:** Evaluate through phone calls the impact of assistance of a specialised geriatrics and gerontology team (SGGT) and implementation of an individualized care plan (ICP) in health of elderly restricted to home or bedding. **Methods:** Through telephone calls, family members were interview over the implementation of the ICP and if any improvement of their elderly family members was detected. It was considered the perception of improvement as an independent variable, together with sex, age and frailty index score (FI-CGA), and analyzed through the binary Poisson outcome, resulting in a 95% reliability interval data (RID) and a 5% significance data. **Results:** 485 patients were assessed, but 56.1% had not the ICP implemented and only there was data from only 469 patients, from which 63.1% had no improvement and 36.9% had some improvement. The improvement scale was bigger to those under PCP (57.2%) comparatively to 12.6%, those without PCP. Poisson regression pointed a 4.7 times larger improvement, regardless of sex, age or frailty scaling (FI=4,44; 95%IC: 2,1-7,2; p<0,001). **Conclusion:** The improvement amongst those with PCP was four times larger than those with simple control plans.

Keywords: Health of the Elderly; Aged; Geriatrics; Quality of Life

¹ Médico(a) graduado(a) pela Faculdade de Medicina (FM) da UFMG

² Professora associada da Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ Geriatria Coordenadora do Programa Mais Vida em Casa da Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com o Hospital das Clínicas - UFMG, Preceptora da Residência Médica em Geriatria do Hospital das Clínicas - UFMG; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil.

⁴ Professor associado da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica. Coordenador do Programa de Residência em Geriatria do Hospital das Clínicas - UFMG. Coordenador do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Editor Associado Responsável:

Nestor Barbosa de Andrade

Autor Correspondente:

Eric Levi de Oliveira Lucas

E-mail: eric.levi@hotmail.com

Conflito de Interesse:

Não há.

Recebido em: 04/10/2020.

Aprovado em: 12/08/2021.

Data de Publicação: 23/09/2021.

DOI: 10.5935/2238-3182.20210051

INTRODUÇÃO

Transição demográfica é um fenômeno mundial que foi vivenciado paulatinamente, ao longo de séculos, entre os países desenvolvidos, dando-lhes assim, tempo para melhor organização econômica, funcional e social para lidar com o novo quadro populacional. Em contrapartida, os países subdesenvolvidos como o Brasil, sofreram essa mudança no perfil populacional em poucas décadas, o que refletiu em muitas lacunas na atenção voltada à população idosa¹.

Desde 1950, o Brasil vem sofrendo alterações populacionais, que estão diretamente relacionadas à queda das taxas de natalidade e de fecundidade, somada à diminuição das taxas de mortalidade. Como resultado final, houve um envelhecimento populacional importante. Se em 1940 a expectativa de vida era de apenas 45,5 anos, em 2015 foi de 75,5 anos².

Em paralelo, não só a expectativa de vida foi aumentada, como a população total de idosos (pessoas com mais de 60 anos) mais do que dobrou desde 1990. Este novo perfil demográfico fez com que novas necessidades no cuidado surgissem, devido às alterações orgânicas inerentes ao processo de envelhecimento, bem como as doenças crônicas se tornassem mais prevalentes e importantes. Além da questão da saúde propriamente, há ainda as alterações dos núcleos familiares, o papel do idoso na sociedade e o empobrecimento desta população, tudo isso reflete a real necessidade de atenção especializada e integrada para a melhoria do bem-estar desta faixa populacional³.

Neste artigo trataremos, entretanto, especificamente das questões que tangenciam a saúde dos idosos e como seria possível melhorá-la através de uma gestão compartilhada do cuidado entre os diferentes profissionais responsáveis pelo acompanhamento do idoso. Isso porque o cuidado com a população mais velha tem aspectos que o diferenciam das outras faixas etárias, principalmente no que diz respeito à frequência e a abordagem de intercorrências agudas e necessidade de acompanhamento longitudinal para a estabilização de quadros clínicos e otimização de tratamento de doenças crônicas⁴.

Dentre os desafios no progresso do cuidado médico à população idosa, pode-se citar a heterogeneidade dessa população. Portanto, é necessária a compreensão da individualidade do idoso e atenção para com a situação de complexidade clínica frequentemente encontrada com o envelhecimento: mecanismos de adaptação, vulnerabilidade orgânica, apresentação atípica de doenças e maior suscetibilidade à iatrogenia⁵.

Podemos citar, entre as principais doenças crônicas, as cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes. Estas, muitas vezes, influenciadas por tabagismo, alimentação inadequada, uso nocivo de álcool e drogas, além de inatividade. A multiplicidade de agravos (multimorbidade) faz com que o idoso seja cuidado por inúmeros profissionais e especialistas, resultando nos conflitos do cuidado compartimentado e muitas vezes iatrogenia de terapias ou polifarmácia. Assim, não só se faz necessária a adequada avaliação, promoção da saúde, mas também é urgente um cuidado integral e integrado⁶.

O compartilhamento do cuidado pressupõe uma equipe geriátrico-gerontológica especializada (EGGE), que pode ser composta por médico geriatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, odontólogo, nutricionista, assistente social e demais profissionais da saúde. Alguns serviços estão

estruturados a fim de que esse cuidado ocorra inclusive na residência do paciente, com visitas programadas. O objetivo de tal equipe é fazer com que cada profissional atue em sua área para preservar a saúde do idoso, ao mesmo tempo em que haja constante discussão com os outros membros da equipe sobre o quadro geral do paciente, formando, assim, um cuidado conjunto em que os membros da equipe estejam cientes das propostas dos outros profissionais, permitindo um melhor entendimento e a elaboração de uma estratégia mais consistente de prevenção e tratamento de doenças^{7,8}.

Um conceito mais amplo de cuidado compartilhado abrange também a família do idoso, assim como o Estado. A família, que muitas vezes é a responsável pelo cuidado diário do idoso, fornece informações do bem-estar do paciente e é importante para a adesão da estratégia de saúde adotada. O Estado tem a função de permitir o pleno funcionamento da EGGE com infraestrutura adequada, seja ambulatorial ou hospitalar, e viabilizar as políticas de promoção de saúde⁹.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) consiste em uma avaliação multidimensional, que trará percepção quanto às esferas mental, física, psíquica, permitindo identificar fragilidades dos pacientes, para que se faça possível planejamento do tratamento ou medidas para restaurar e preservar a saúde, melhorando a qualidade de vida. A proposta da AGA não se restringe, assim, a uma consulta geriátrica. Ela busca avaliar a saúde do idoso assim como os riscos e todas as consequências associadas a seu quadro. Faz, dessa forma, uma análise dos riscos de fragilização de cada paciente para oferecer a melhor intervenção para cada um⁴. Para que uma boa gestão compartilhada ocorra, é preciso haver comunicação adequada entre o geriatra e as outras equipes de saúde. Um dos mecanismos facilitadores desta ponte, seria o plano de cuidados personalizado (PCP), que é um documento gerado a partir da avaliação geriátrica ampla (AGA), que além de conter os dados coletados durante a consulta, norteará o cuidado através de recomendações farmacológicas e não-farmacológicas.

Assim, este artigo foi delimitado com o intuito de avaliar, por meio de monitoramento telefônico, o impacto da gestão compartilhada na saúde e qualidade de vida do idoso a partir do atendimento realizado por equipe geriátrico-gerontológica especializada (EGGE) em parceria com a atenção primária (APS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com pacientes sob cuidado domiciliar atendidos em um serviço especializado em geriatria de Belo Horizonte entre os anos de 2011 a 2019. A partir de ligações telefônicas, familiares dos pacientes foram questionados sobre a implementação do plano de cuidados personalizado e se houve percepção de melhora na saúde global do idoso pelos cuidadores após a implementação. Os pacientes foram classificados conforme a escala visual de fragilidade (EVF) proposta no modelo multidimensional de saúde do idoso^{13,14}, que apresenta relação inversamente proporcional entre vitalidade e fragilidade. Consideramos a percepção de melhora como variável independente e a relacionamos com sexo, idade, escore na escala visual de fragilidade (EVF). Todos os idosos que participaram do estudo possuíam inicialmente EVF>5.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, teste-t de Student para

amostras independentes. A razão de prevalência ajustada de ocorrência de melhora foi obtida pelo modelo de Poisson. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 35321914.0.0000.5149).

RESULTADOS

A informação sobre a implementação do PCP foi obtida para 485 pacientes, dos quais 272 o tiveram implementado (56,1%). Destes 485, havia informação sobre melhora para 469 pacientes: 296 não tiveram melhora (63,1%) e 173 tiveram melhora (36,9%). A ocorrência de melhora foi maior entre aqueles com PCP implementado (57,2%=147/257) comparativamente àqueles sem PCP implementado (12,6%=26/212), sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Na Tabela 1 encontram-se as informações descritivas da amostra e comparativas por ocorrência de melhora. Idade menos avançada e implementação do plano de cuidados foram variáveis que estiveram associadas à melhora. A média de idade foi maior quando não houve melhora e a proporção de pessoas com plano de cuidado implementado foi muito maior entre aqueles que tiveram melhora. A análise de regressão de Poisson indicou que a ocorrência de melhora do paciente com plano de cuidados implementado é 4,7 vezes a ocorrência de melhora nos pacientes sem plano de cuidados implementado (RI=4,44; IC95%: 2,1-7,2; $p<0,001$), efeito este independente de idade, sexo e nível na escala visual de fragilidade do paciente. O aumento da idade também se associou independente e negativamente à melhora do paciente (RI=0,98; IC95%: 0,97-0,999; $p=0,046$), sendo que a cada ano de acréscimo na idade, a probabilidade de melhora ficou 2% menor. Não houve associação com escala visual de fragilidade ou sexo.

DISCUSSÃO

A utilização do plano de cuidados personalizados (PCP) mostra-se de grande importância na comunicação entre os profissionais que assistem o idoso, a ponto de promover a melhora do quadro clínico-funcional desses pacientes¹¹: nesse estudo, a percepção de melhora se mostrou 3,7 vezes maior em relação ao grupo de pacientes que não tiveram PCP. Esse resultado indica um efeito inequívoco e independente da implementação do PCP na percepção de melhora clínica dos pacientes.

O objetivo principal da atenção à saúde do idoso deve ser a manutenção da máxima capacidade funcional do paciente em processo de envelhecimento, tentando manter a autonomia, independência e a qualidade de vida pelo maior tempo possível¹². O resultado desse tipo de abordagem

valoriza a autonomia e a manutenção da independência física e mental do idoso, que são fatores importantes para saúde do indivíduo como um todo⁴.

CONCLUSÃO

O compartilhamento do cuidado é uma estratégia de grande valia na atenção à saúde do idoso¹¹. A coordenação integrada e bem interrelacionada entre os promotores do cuidado é um movimento sinérgico, ou seja, a soma total do cuidado é muito maior que a soma simples do cuidado dispendido por cada um.

É fundamental que cada profissional seja respeitado e tenha voz ativa na equipe multidisciplinar, sendo valorizada a sua singularidade, e que seja promovida efetiva comunicação e registro de atividades e decisões quanto à saúde do paciente, para que atitudes de cada profissional não se tornem antagônicas, prejudicando o manejo clínico do idoso⁴.

Um exemplo importante do uso do PCP é o “Programa Mais Vida” e o “Projeto Mais Vida em Casa” em Belo Horizonte/MG, implementado pelo Hospital das Clínicas da UFMG em parceria com o governo de Minas Gerais e com a Prefeitura do município em 2010. Nesse programa, que é referência nacional, os idosos residentes em Belo Horizonte são encaminhados pelos centros de saúde para avaliação geriátrica, de acordo com a pontuação em um instrumento de avaliação da vulnerabilidade clínica e funcional (o índice de vulnerabilidade clínico funcional - IVCF - 20). Após a avaliação multidimensional do idoso, de acordo com o grau de complexidade clínico funcional identificado, os idosos poderão retornar à APS, caso sejam de baixa complexidade ou permanecer em acompanhamento na atenção secundária, se classificados como de alta complexidade.

O seguimento na atenção ambulatorial especializada (AAE) oferece atendimento integral por diversas especialidades médicas: geriatria, psicogeriatría, fisioterapia, reumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, patologia clínica, medicina paliativa, acupuntura e de várias especialidades não médicas: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, farmácia, nutrição, neuropsicologia, odontologia e musicoterapia. O “Mais Vida” e o “Mais Vida em Casa” **têm como produto final a elaboração do plano de cuidados**. É importante ressaltar, também, o papel matricial e instrutivo oferecido pelos centros de especialidade geriátrica às unidades básicas de saúde, através de cursos e mutirões de saúde¹⁶. O programa propõe a gestão colaborativa do cuidado, de forma a “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde”, seguindo a recomendação da política nacional de humanização do SUS.

Enfim, o cuidado compartilhado é um modo de entender e praticar a atenção em saúde, que prima pelas

Tabela 1. Descrição e comparação segundo a melhora do paciente.

Variáveis e estatísticas	Melhorou (n=173)	Não melhorou (n=296)	Total (n=485)	Valor de p
Idade (média; desvio padrão)	80,7 (9,3)	82,6 (9,4)	81,7 (9,4)	0,037
Escala visual de fragilidade (média; desvio padrão)	7,9 (1,4)	8,2 (1,5)	8,1 (1,5)	0,055
Sexo (n; %)	192(64,9%)	124 (71,7%)	316(67,4%)	0,129
Implementação do plano de cuidados (n; %)	147 (85,0%)	110 (37,2%)	257 (54,8%)	<0,001

habilidades inerentes a cada profissão e cada profissional em si, e o uso concomitante de suas forças e conhecimentos em prol do paciente¹⁷.

COPYRIGHT

Copyright © 2021 Canazart et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Paiva PTA, Wajnman S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2005 Dez;22(2):303-22.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016.
3. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saúde Soc.* 2010;19(4):866-77.
4. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016 Nov/Dez;19(6):887-905.
5. Pinelli LAP, Montadon AAB, Boschi A, Fais LMG. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Rev Odonto Ciênc.* 2005 Jan/Mar;20(47):69-74.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. V Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
7. Pedro MSB, Espírito-Santo PSMF, Ventura CAA, Gera MZF. Cuidados para a população idosa: responsabilidade compartilhada. *Rev Gest Conhecim.* 2012 Nov;1:405-22.
8. Camargos MCS, Machado CJ. O idoso frágil: uma proposta de abordagem na saúde. *Rev Kairós.* 2013 Set;16(5):345-50.
9. Besse M, Cecílio LCO, Lemos ND. A equipe multiprofissional em gerontologia e a produção do cuidado: um estudo de caso. *Rev Kairós.* 2014 Jun;17(2):205-22.
10. Lira SA. Análise de correlação: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná (UFPR); 2004.
11. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
12. Teixeira MLO, Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Out/Dez;18(4):750-8.
13. Moraes EM, Lanna FM. Coleção guia de bolso em geriatria e geontologia - Avaliação multidimensional do idoso. 5ª ed. Belo Horizonte: Folium; 2016.
14. Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
15. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2012.
16. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Hospital das clínicas. Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: programa de atenção ao idoso do HC-UFMG. Belo Horizonte: Oficina de Trabalho de Atenção à Saúde do Idoso; 2012.
17. Scarpellini M, Loro MM, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CLP, Gomes JS, Zeitoune RCG. A importância do cuidador de idosos na assistência ao idoso. *Rev Contexto Saúde.* 2011 Jan;10(20):85-92.

