

agressão física, verbal ou psíquica, seja por comissão ou omissão, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Estudos norte-americanos referem que entre um e dois milhões de idosos naquele país sofrem maus-tratos a cada ano. Outro estudo, levado a cabo em Boston, verificou presença de maus-tratos em 3,2% da população acima dos 65 anos, distribuído em abusos físicos (2,2%), agressão verbal (1,1%) e negligência (0,4%).

O estudo desta síndrome entre os idosos é relativamente recente e menos desenvolvido que o da síndrome dos maus-tratos na criança. Na verdade, sua descrição clínica sistemática não tem mais do que vinte anos. Em uma revisão de cinco anos de literatura levada a cabo recentemente por Lachs e Pillemer nos Estados Unidos, foram encontrados apenas 26 artigos sobre abusos praticados contra idosos, dos quais apenas quatro continham dados originais. Neste mesmo período, foram publicados 248 artigos sobre maus-tratos em crianças.

Que atitudes poderiam estar incluídas entre os maus-tratos a idosos? A maior parte das classificações costuma incluir as *agressões físicas*, definidas como *atos realizados com a intenção de causar dor física ou ferimentos* como os tapas, beliscões, contusões, queimaduras etc., que podem chegar a extremos de fraturas e lesões orgânicas graves; as *agressões psíquicas ou emocionais* definidas como *atos realizados com a intenção de causar desconforto emocional ou psíquico* como insultos habituais, humilhações, tratamento infantilizado etc.; *exploração material*, definida como *a apropriação indevida de dinheiro, bens ou propriedades*, como por exemplo pensões ou aposentadorias, forçar mudanças de testamento, assinatura de procurações ou outros documentos legais etc., e, finalmente, a *negligência*, definida como *a incapacidade de um designado cuidador fornecer os cuidados necessários a uma pessoa idosa dependente*. Nesta condição, ainda podemos distinguir duas situações: a *negligência voluntária*, na qual a carência de cuidados se dá como meio de agressão ou de punição do paciente e a *negligência involuntária*, na

qual existe uma real incapacidade do cuidador prestar sua atenção, seja por ignorância ou por verdadeira incapacidade física, como ocorre, por exemplo, na *síndrome do filho único*.

Qual o perfil do agressor do paciente idoso? Na maior parte dos casos encontramos como agressor o cônjuge, sendo, ao contrário do que se poderia imaginar, o homem a vítima mais frequente de agressão conjugal do que a mulher. É interessante notar que em todas as estatísticas a incidência de maus-tratos por parte dos cuidadores profissionais é a mais baixa.

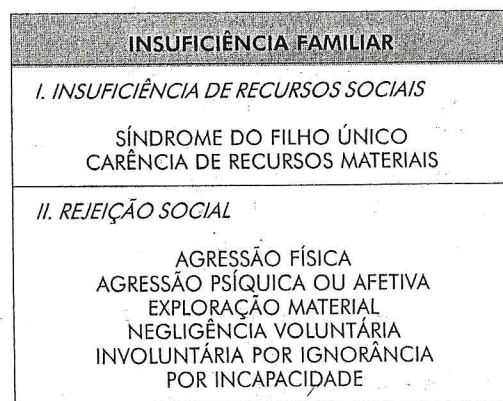


Fig. 10.1 — Insuficiência familiar no idoso. (Fonte: Leme LEG, Silva PSCP. O idoso e a família. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996.)

Outros fatores podem levar ao risco aumentado de agressão por parte do ambiente, como a presença de demência no paciente, antecedente de toxicod dependência ou psicopatologia prévia nos cuidadores, residência em locais afastados ou em ambiente superlotado, dependência material do cuidador em relação ao cuidado ou vida em ambientes tradicionalmente violentos.

A ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL

Quanto mais se observa o crescimento da população geriátrica, particularmente dos "grandes idosos", portadores de mais e maiores limitações, e quanto mais se conhecem as peculiaridades orgânicas, funcionais, psíquicas e sociais da chamada "terceira ida-

de”, mais se torna patente a necessidade de uma estrutura de saúde especializada que possa oferecer, em todos os níveis de atenção à saúde, os múltiplos e complexos apoios requeridos por esta faixa da população.

A insuficiência, no objetivo de preservar ou restaurar a saúde dos idosos, de cuidados unidirecionados, seja do ponto de vista médico, de enfermagem, de serviço social, de nutrição, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de psicologia, de fonoaudiologia de farmácia e outros, torna-se patente frente ao processo de envelhecimento, que atinge o indivíduo como um todo, como “pessoa”, atingindo, ainda mais recentemente, as próprias sociedades enquanto grupos de pessoas.

Nestas condições, o somatório dos conhecimentos e habilidades específicos dos diversos profissionais parece ser a melhor alternativa para a estruturação da atenção à saúde de idosos, surgindo, destarte, a necessidade da estruturação de equipes interprofissionais.

Se a compreensão da necessidade da existência destas equipes é bastante simples, por outro lado sua real estruturação pode oferecer dificuldades objetivas.

Apesar de se delinear como um recurso indispensável, a curto prazo, no desenvolvimento da atenção geronto-geriátrica e no ensino da geriatria e da gerontologia, os núcleos de atenção domiciliária para idosos apenas

começam a ser desenvolvidos em alguns hospitais e centros de ensino em geriatria.

A MONTAGEM DA EQUIPE

Quando se utiliza o termo equipe interprofissional o que se objetiva, com efeito, é um tipo ideal de atenção à saúde do idoso, no qual diversos profissionais atuam conjuntamente, dentro de suas áreas de competência individual, interagindo nas áreas comuns, sem interferir nas áreas específicas, visando como bem final à melhora da condição integral de *saúde* do paciente, entendida como *situação de bem-estar físico, psíquico e social*.

Assim como uma boa equipe desportiva, a formação de uma equipe interprofissional requer uma quantidade de detalhes que não podem ser descuidados, sob pena de completa falha. Antes de mais nada, há que se considerar o perfil dos participantes. Um adequado conhecimento de sua área profissional específica é indispensável a cada um dos participantes, uma vez que irá funcionar como “consultor” de cada um dos demais participantes da equipe, em sua área de atuação profissional.

Na verdade, o convívio interpessoal, nem sempre fácil em sociedade, também pode ter momentos espinhosos em equipe interprofissional.

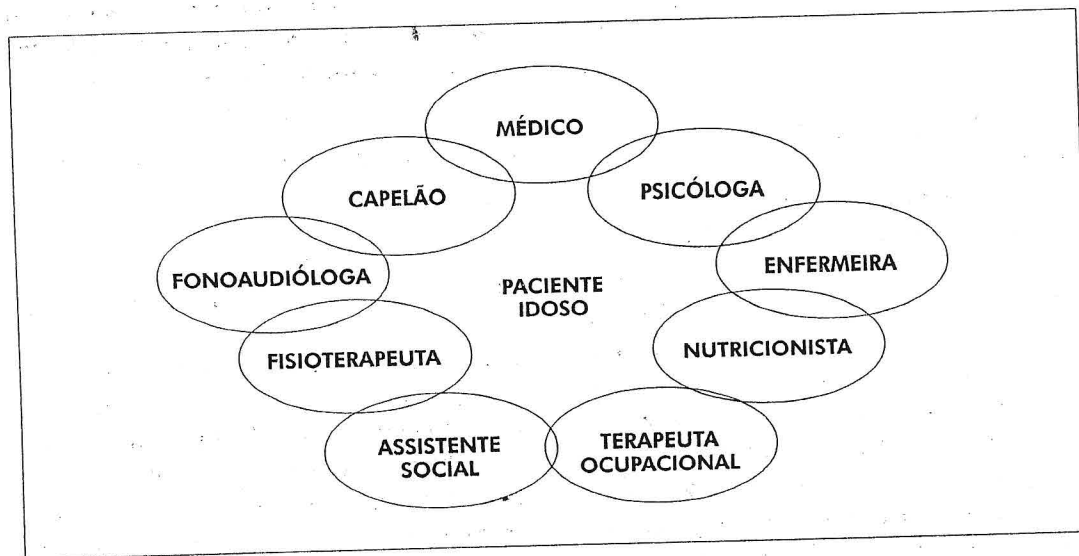


Fig. 10.2 — Interprofissionalidade.

Em algumas partes do mundo, as equipes contam com o apoio de uma psicóloga para tentar estruturar uma dinâmica adequada no relacionamento entre seus diversos membros. Entre outras, virtudes como o conhecimento das próprias limitações, a cordialidade e a capacidade de dividir decisões são indispensáveis. De nada servirão à equipe profissionais com ótima formação em sua área de conhecimento específico, mas que queiram monopolizar as decisões ou condutas gerais da equipe, tentando por vezes transformar a *equipe em platéia*.

Apesar do fato de esta dificuldade poder surgir com qualquer profissional, muitas vezes é o médico quem tem maior dificuldade de trabalhar em equipe. Sem contar, na maior parte das vezes, com treinamento de ação interprofissional durante o curso de graduação, muitos profissionais não tiveram a oportunidade de desenvolver algumas das virtudes anteriormente citadas. Por outro lado, a expectativa da legislação, da sociedade e do próprio paciente é diferente ao considerar o trabalho médico quando comparado aos demais profissionais da equipe, reforçando alguns aspectos culturais que prejudicam a formação do próprio profissional. Neste sentido, é necessário um maior esforço desses profissionais para se adaptar a esta forma diferenciada de atenção à saúde, participando da mesma e tendo a possibilidade de enriquecer sua formação e cultura no convívio com os demais profissionais¹⁸.

TRABALHANDO EM EQUIPE

O fato de ser assistido por uma equipe interprofissional não significa que o paciente deva ser examinado por toda a equipe ou que deva ser visto por todos os seus membros a cada retorno de acompanhamento ou a cada visita domiciliária. Cada profissional poderá e deverá manter sua rotina própria de periodicidade e de atenção dentro de seu âmbito de conhecimentos específicos, referendando o paciente a outros profissionais da equipe na medida em que sinta a necessidade de ação dos mesmos.

Uma rotina de trabalho adequada é também instrumento indispensável em atenção interprofissional. A integração das ações de saúde requer que a equipe tenha horários definidos de reuniões, as quais deverão ter periodicidade e dinâmica próprias. Quanto à *periodicidade*, deve ser aquela adequada ao número de pacientes atendidos e à atenção estruturada aos mesmos. No que diz respeito à dinâmica, é conveniente que estas reuniões tenham um(a) *moderador(a)*, de preferência eleito periodicamente pelos membros da equipe, com a função de controlar o tempo de discussão e moderar eventuais discordâncias com bom senso. Uma leitura resumida dos principais dados de história, exame e evolução do paciente é necessária para que todos possam se inteirar ou recordar o caso. Posteriormente cada profissional que tenha participação no referido caso pode se manifestar em tempo definido, sendo importante fechar a discussão do caso com a explicitação das conclusões a que chegou a equipe, bem como quem e como estará encarregado para colocar em prática estas conclusões. Uma prestação de contas da aplicação das conclusões da reunião anterior ou das dificuldades encontradas poderá ser uma boa maneira de iniciar cada reunião interprofissional. É ainda importante lembrar a utilidade do uso de prontuários "interprofissionais" para que cada profissional, ao dar o atendimento individual ao paciente, possa ter ciência e proveito das anotações e orientações de seus pares.

PECULIARIDADES ÉTICAS

No trabalho em equipe interprofissional, o profissional assiste ao paciente em paralelo a outros colegas de diversas áreas de atenção à saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, farmacêuticos etc. Em um atendimento com esta abrangência, muitas vezes tem-se necessidade de tomar decisões que eventualmente colidam com procedimentos de outros colegas. Embora a direção da atenção à

saúde do paciente caiba, de maneira mais comum, ao médico, não há justificativa para uma posição impositiva por parte deste profissional nas decisões. Manda o bom senso que os profissionais participantes da equipe sejam ouvidos em sua área de competência. Por outro lado, *toda* a equipe multiprofissional tem para com o paciente os mesmos deveres éticos quanto ao respeito à vida, ao sigilo etc., tendo responsabilidade solidária nos procedimentos adotados, devendo zelar como um todo para a tranqüilidade do paciente. A confrontação aberta entre profissionais só pode ter justificativa ética quando a saúde do paciente assim o exigir.

O ATENDIMENTO AO DOENTE "TERMINAL"*

O paciente terminal tem como maior patrimônio sua dignidade pessoal. Muitas vezes, nestes casos, a atenção estruturada no domicílio do paciente é, com certeza, a mais humana e a mais eficiente. No aspecto *biológico* é necessário um adequado apoio que lhe garanta o bem-estar possível, sem dores, que poderiam aumentar seu desespero; com uma nutrição e ventilação adequadas e com as medidas de suporte proporcionais à sua situação. No tocante ao aspecto *biográfico*, a possibilidade de se manter em seu *locus* biográfico pode representar um notável conforto tanto para o paciente como para a família.

Há que se facilitar o contato com a família e entes queridos, estimulando nestes a possibilidade de oferecer apoio e carinho ao paciente. É ainda obrigação da equipe de saúde fornecer ao doente terminal informações verdadeiras sobre seu estado de saúde, facilitando-lhe os recursos necessários à manutenção ou modificação de suas opções de vida, como o acesso a psicólogos, advogados e capelães¹⁸.

*Atualmente é mais comum utilizar-se o termo "doente fora de possibilidades terapêuticas", embora concordemos em que seria mais apropriado "fora de possibilidades curativas", pois todas as medidas de conforto e bem-estar são também terapêuticas.

CONHECENDO CADA ÁREA PROFISSIONAL NO CONTEXTO INTERPROFISSIONAL DA ATENÇÃO DOMICILIÁRIA

Dada a especificidade do atendimento domiciliário, serão descritas a seguir as especificidades de algumas das áreas profissionais que atuam neste contexto. Tais experiências foram escritas por profissionais com vasta experiência neste tipo de atividade, e sua inclusão neste capítulo visa a contribuir na formação de um conceito homogêneo sobre atenção interprofissional ou interdisciplinar em nível domiciliário.

O PAPEL DO PSICÓLOGO

(Ana Clara Duarte Gavião*, Francine Krempel Contato Palavér**)

A maior eficácia do trabalho interdisciplinar em relação a atuações isoladas das diferentes áreas que compõem uma equipe já é um fato indiscutível, corroborado por diversos tipos de experiências descritas na literatura, bem como por nossas experiências práticas.

A interdisciplinaridade de uma equipe de atenção domiciliária de saúde favorece uma compreensão multifatorial da doença, o que permite intervenções de caráter global, incluindo o paciente, sua família, o ambiente em que vive e todas as relações estabelecidas nesse contexto.

O atendimento no domicílio permite que a relação paciente-equipe-família seja bastante íntima, o que se contrapõe à realidade da assistência hospitalar ou de outras instituições. Em casa, a tendência é que pacientes e familiares participem mais ativamente de todo o tratamento, e que os profissionais atuem dentro de um envolvimento mais pessoal, afetivamente mais próximo.

*Psicóloga, Diretora-técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP.

**Psicóloga do NADI — Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar — HCFMUSP e do INCOR-HCFMUSP, Professora-assistente de Psicologia Hospitalar da Universidade Paulista.

O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

(Maria Aparecida Ferreira de Mello*)

A terapia ocupacional ainda é pouco conhecida pela maioria dos profissionais da saúde no Brasil. Aqueles que julgam conhecer o que é terapia ocupacional não raramente têm uma visão equivocada do seu perfil profissiográfico. Na prática gerontológica esses equívocos parecem ser ainda maiores, pois é comum que dirigentes de casas de repouso e instituições asilares, e muitas vezes profissionais de saúde, refiram-se ao terapeuta ocupacional como aquele profissional que vai manter o idoso ocupado, distraído. Nesta seção, será discutida a definição de terapia ocupacional visando a desfazer esses equívocos e, em seguida, apontar o papel da terapia ocupacional na atenção domiciliar ao idoso.

Significado das palavras:

Ocupar: preencher tempo ou espaço; envolver alguém em alguma atividade.

Ocupação: atividade ou alguma coisa em que uma pessoa se envolve.

Terapia: tratamento de uma doença ou uma incapacidade.

Conceitos básicos importantes para a compreensão do que é terapia ocupacional:

1. Ocupações/atividades podem ser de natureza física ou mental.
2. A terapia ocupacional deve ser prescrita como parte de tratamento médico.
3. Um dos objetivos da terapia ocupacional é contribuir para acelerar o processo de recuperação de uma doença ou estado incapacitante.
4. A terapia ocupacional auxilia no desenvolvimento e recuperação das habilidades ocupacionais.

*Terapeuta Ocupacional com especialização pelo Center for Assistive Technology, SUNY at Buffalo, Mestre em Ciências pelo Departamento de Terapia Ocupacional da State University of New York em Buffalo e Doutora em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo — Unifesp.

5. A terapia ocupacional envolve o indivíduo como um todo.
6. A terapia ocupacional tem um embasamento científico.
7. As tarefas e atividades em terapia ocupacional podem ser analisadas e selecionadas de acordo com critérios conhecidos e utilizados universalmente.

Da mesma forma, é importante salientar conceitos que *não* pertencem à terapia ocupacional:

1. A terapia ocupacional não deve ser usada simplesmente como um meio de manter a pessoa ocupada, sem estar considerando nenhum outro objetivo.
2. A terapia ocupacional não ensina técnicas específicas de tipo de trabalho ou treinamento profissional.
3. A terapia ocupacional não provê serviços de emprego para trabalhadores desempregados.
4. A terapia ocupacional não deve ser o oferecimento de atividades sem planejamento.

Reed e Sanderson (1980) propõem uma definição de terapia ocupacional que se tornou clássica:

“Terapia ocupacional é a análise e aplicação de ocupações (*característica que a difere de outras profissões*), especificamente automanutenção, produtividade e lazer, através do processo de avaliação, interpretação e tratamento (*processo*) de problemas que interferem com o desempenho funcional ou adaptativo (*meta*) de pessoas cujas ocupações estão prejudicadas por doença ou incapacidade física, desordens emocionais, distúrbios congênitos ou do desenvolvimento ou do processo de envelhecimento (*população*) com o objetivo de habilitar a pessoa a alcançar um estado de desempenho funcional e adaptativo ótimo, prevenir prejuízo das ocupações e promover a saúde e a manutenção das ocupações (*objetivos*). Serviços aos indivíduos com prejuízo de desempenho ocupacional podem ser ofere-

cidos a indivíduos ou a grupos de pessoas através de sistemas médicos, de saúde, educacionais e sociais (*programas*) e podem incluir, mas não serem limitados a, análise e treinamento das atividades de vida diária (AVD), desenho, fabricação e aplicação de *splints*; análise, seleção e uso de equipamentos de auto-ajuda; seleção e aplicação de atividades sensoriomotoras e terapêuticas (exercícios); uso de jogos e confecção de artesanato analisados terapeuticamente; análise de tarefas, adaptações de locais e mobiliário, e treinamento para produtividade em atividades profissionais; e consultoria na adaptação de ambientes físicos para pessoas portadoras de deficiência – barreiras arquitetônicas (*recursos terapêuticos*).”

Portanto, terapia ocupacional significa o tratamento de uma doença ou incapacidade através da análise e uso de ocupações, as quais preenchem o tempo e o espaço pessoal do indivíduo, e envolvem este indivíduo numa atividade.

A terapia ocupacional gerontológica tem como objetivo principal manter o idoso o mais ativo e independente possível por mais tempo, restaurar, manter e melhorar o *status* ocupacional e prevenir futuras perdas funcionais. O foco de tratamento gira em torno de:

1. Habilidades de vida diária e de vida prática (autocuidado, trabalho e lazer).
2. Adaptação do meio ambiente.
3. O uso de equipamentos de auto-ajuda.

Assim sendo, o processo de avaliação deve explicitar as causas para as dificuldades de desempenho que o idoso pode apresentar:

1. Desempenho biológico (amplitude de movimentos, força muscular e resistência, sensibilidade, tônus).
2. Desempenho social (papéis desempenhados, relações, interesses e valores).
3. Desempenho percepto-cognitivo.
4. Desempenho psicoafetivo.

Em uma equipe de saúde, o terapeuta ocupacional contribui com as informações pertinentes ao cotidiano da pessoa, assim como soluções restauradoras ou adaptativas, para aumentar o nível funcional desta mesma pessoa. Dessa forma, sua prática tem interface com todas as outras disciplinas que servem à pessoa idosa.

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA (Monica Rodrigues Perracini*)

A atenção à saúde do idoso no contexto domiciliário vai desde aspectos educacionais e preventivos, como a identificação de idosos vulneráveis e o monitoramento da sua capacidade físico-funcional, até medidas de reabilitação naqueles idosos frágeis e com limitações funcionais que os impedem de se submeter a um processo de reabilitação de forma ambulatorial.

Qualquer que seja o objetivo do programa de atenção domiciliar, a equipe deve estar bem integrada e coordenada sob as mesmas diretrizes, e os critérios de elegibilidade para o programa devem ser bem definidos.

A necessidade de ajuda para realização de atividades de vida diária e de vida prática tem sido largamente utilizada como critério para definir a inclusão de idosos em programas de atendimento domiciliário. Usualmente, a necessidade de ajuda para duas ou mais AVDs é o critério de incapacidade funcional preconizado, o que, de acordo com estudos epidemiológicos, ampliaria imensamente o universo de indivíduos idosos para um programa de atendimento domiciliário. Em São Paulo, em estudo realizado com uma coorte de idosos vivendo na comunidade, a prevalência de limitação funcional para duas ou mais AVDs e AVPs é de cerca de 70%. Ainda que se estabeleça

* Fisioterapeuta com Especialização em Gerontologia Social pelo Instituto Sedes Sapientiae e em Saúde do Idoso pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Mestre em Psicologia Educacional pela Unicamp e doutoranda em Reabilitação pela Unifesp.

a necessidade de ajuda ou dependência como critério, o número de idosos seria ainda bastante significativo. Desta forma, os nossos programas têm priorizado idosos mais dependentes e frágeis e que, associados ao grau de incapacidade, têm impedimentos quanto a acessibilidade a locais públicos, dificuldades de transporte ou mesmo barreiras para sair de suas próprias casas.

Embora a grande maioria das pessoas idosas utilize uma rede de apoio informal para ajuda nas tarefas de vida diária, normalmente parentes, os idosos são um dos maiores consumidores de serviços de saúde comunitária e de serviço de suporte social, tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos, colocando em xeque a capacidade do sistema de prover recursos necessários frente ao envelhecimento populacional.

Faz-se necessária a discussão destes aspectos para se apontar soluções que man-

tenham a equidade quanto ao acesso a este serviço domiciliar. É importante a participação de uma equipe interprofissional na discussão dos critérios de entrada do indivíduo no programa até critérios de alta ou monitoramento.

Para que se possa trabalhar com pessoas idosas é importante que a equipe garanta a mesma filosofia de abordagem do idoso e da sua família, pois é no domicílio que o terapeuta será o tempo todo confrontado, não só com dificuldades relacionadas à doença e às limitações funcionais, como também com aquelas de ordem social, familiar e cultural.

Pfeiffer²⁹, geriatra e gerontólogo americano, em um editorial denominado "Perspectivas", escreveu alguns princípios básicos para se trabalhar com pacientes idosos que merecem ser recordados e estão listados na Fig. 10.4:

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA SE TRABALHAR COM PACIENTES IDOSOS

1° Pacientes idosos são tratáveis — "... doença na velhice não é meramente uma ocasião para lamentação, mas sim um chamado para intervenção."

2° Cuidados ao idoso requerem uma abordagem interdisciplinar — "Somente uma abordagem multidisciplinar integrada tem uma chance realista de retornar um idoso com incapacidades múltiplas a um funcionamento normal ou perto do normal."

3° Uma intervenção na vida de um paciente idoso deve ser sempre precedida por uma avaliação abrangente de todo o seu funcionamento — "Áreas de funcionamento que devam ser avaliadas em todos os pacientes idosos incluem: avaliação da saúde física, mental, dos recursos sociais e financeiros e, finalmente, avaliação da capacidade para independência nas AVDs."

4° Cuidado ao paciente idoso requer um novo tipo de serviço: coordenador de serviços ou gerente de caso — "Alguém deve organizar todos os serviços em prol do paciente idoso (...) a implementação e o seguimento de planos de cuidados devem levar em consideração as limitações e o status funcional do indivíduo idoso, assim como os recursos disponíveis na comunidade."

5° O papel da família é de fundamental importância no cuidado ao paciente idoso.

6° Cuidar do idoso requer treinamento especializado em geriatria e gerontologia — "...Este treinamento deve incluir o conhecimento sobre as doenças e distúrbios comuns que afetam pessoas idosas, as manifestações não-específicas de doenças típicas, doenças que acometem primariamente pessoas idosas, uma abordagem multidisciplinar ampla de pacientes idosos (...) habilidades especiais em programar intervenções com pacientes idosos, em avaliar, e um conhecimento sobre as diferenças de relação médico-paciente quando este paciente é idoso também devem ser incluídos."

7° Não só os pacientes idosos são tratáveis como também são educáveis — "ele (este princípio) afirma que os pacientes idosos são capazes e estão interessados em aprender informações vitais sobre sua própria experiência de envelhecimento (...) pacientes idosos são muito hábeis em aprender uma determinada quantidade de autocuidado."

8° Pessoas idosas não só são tratáveis e educáveis como também nos ensinam sobre o envelhecer — "Os idosos são os maiores peritos em relação à experiência do envelhecimento. Eles sozinhos têm estado lá."

Fig. 10.4 — Princípios básicos para se trabalhar com pacientes idosos (Pfeiffer, 1985).

Cada vez que tenho oportunidade de voltar a esses princípios vejo que, apesar de terem sido escritos há mais de dez anos, mantêm-se atuais, indo direto aos pontos fundamentais. Porém, vou me permitir acrescentar um princípio à listagem apresentada:

9ª *Os profissionais de saúde em geriatria e gerontologia devem ser treinados e preparados para a atenção domiciliária nas suas dimensões físico-funcionais, psicossociais, ambientais e culturais.*

A atenção domiciliária, mais do que um último recurso de prestação de cuidados, deve ser vista como um ganho tanto para o paciente quanto para a equipe e para o sistema de saúde.

Quando falamos em reabilitação de idosos com incapacidades funcionais, aqueles com maior demanda de serviços domiciliares, é evidente, por definição, que o melhor local para se levantar as necessidades particulares do idoso e da família, investigar demandas de tarefas de suporte e realizar esforços de intervenção que venham a favorecer a aquisição ou adaptação de novos papéis sociais que sejam consistentes com a personalidade, a capacidade funcional e cognitiva, a posição social e o prognóstico da doença, *é o domicílio do idoso.*

Porém, raramente equipes interdisciplinares são estruturadas para prestar serviços no domicílio, quer por falta de política de saúde que priorize esta intervenção e promova treinamentos de recursos humanos, quer por uma dificuldade de implementar um serviço de atenção domiciliária que seja eficaz em custo e que tenha mecanismos de referência e contra-referência eficazes com os outros níveis de atenção à saúde.

A formação atual dos profissionais de saúde preconiza o conhecimento baseado em alta tecnologia e especialização, em detrimento de uma formação mais humanizada e generalista, centrada na relação com o paciente e a família dentro do ambiente mais favorável possível para o incremento da sua saúde, que é o domicílio.

Neste contexto, o papel do gerontólogo se sobrepõe e se mescla ao do fisioterapeu-

ta, para que qualquer proposta de intervenção seja bem delineada junto à equipe e principalmente sintonizada com as necessidades reais do idoso e da sua família.

O fisioterapeuta tem, num primeiro momento, o objetivo de fazer uma avaliação da capacidade da *performance* motora, ou seja, um levantamento dos déficits e limitações funcionais que estejam impedindo a execução de atividades do dia-a-dia e que, ao longo do tempo, possam estar gerando incapacidade funcional e dependência.

As limitações funcionais dos idosos têm geralmente etiologia multifatorial e efeito cumulativo, e geralmente estão relacionadas com os déficits do próprio processo de envelhecimento fisiológico, com patologias crônicas e com o que denominamos "síndrome do desuso".

Ao final da avaliação, o fisioterapeuta deve fornecer um quadro das possibilidades do indivíduo de se autocuidar e de continuar a desempenhar as tarefas do dia-a-dia, vivendo na comunidade de forma segura e exercendo aqueles papéis sociais orientados para os seus projetos de vida e suas necessidades pessoais. Deve ainda apontar quais são as funções comprometidas relacionadas com o controle motor cotidiano, como, por exemplo, virar-se na cama e sentar, que possam ser adaptadas e executadas pelo próprio idoso ou ajudado por um cuidador. Além disso, é fundamental que se possa determinar quais funções podem ser recuperadas, adaptadas ou mesmo, quando não é mais possível reverter a perda funcional, o quanto pode-se retardar o escalonamento de uma incapacidade.

Um protocolo de avaliação fisioterápica relativo ao *status* motor de indivíduos idosos deve contemplar os seguintes itens: mobilidade e amplitude de movimentos, força muscular, coordenação, sensibilidade, transferências e ajustes posturais, controle motor de quadril e tronco, equilíbrio, marcha, risco de quedas, uso de calçados e de dispositivos de auxílio à marcha. A avaliação da função cardiorrespiratória e da postura mais detalhada podem ser necessários em alguns casos.

Após a avaliação e a discussão dos pontos a serem abordados junto à equipe, um programa de tratamento deve, então, ser proposto, estimando-se o tempo de tratamento e os objetivos a curto, médio e longo prazos, assim como os recursos fisioterápicos que serão empregados.

No domicílio, apesar dos recursos materiais serem mais escassos, é possível treinar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade, preparando-o para as demandas de privação sensorial e para os obstáculos inerentes ao ambiente domiciliar e que raramente são reprodutíveis em ambientes de terapia ambulatorial. Subir e descer escadas, levantar-se do sofá etc. requerem que o indivíduo adquira um controle motor compatível com os pré-requisitos da tarefa a ser realizada, porém a questão do ambiente, tanto físico quanto de suporte psicológico como motivação, autodeterminação e autonomia, está o tempo todo norteando a *performance* motora deste paciente idoso em casa.

A família e, mais especificamente, o cuidador familiar principal, tem papel fundamental neste processo de reabilitação domiciliar. O cuidador muitas vezes se vê sob fortes pressões e estressores quando precisa ajudar idosos dependentes a realizar tarefas rotineiras do dia-a-dia.

Estas demandas podem gerar sentimentos de sobrecarga e ônus que por vezes impedem o cuidador de partilhar suas dificuldades e angústias, gerando situações que a equipe deve estar sempre preparada a trabalhar, facilitando a dinâmica do prover cuidados e ajuda *versus* as perdas funcionais decorrentes da limitação por parte do cuidado da autonomia do idoso. No atendimento domiciliário, a contenção da dinâmica familiar é tão ou mais importante do que focalizar as necessidades físico-funcionais.

Na atenção domiciliária, podemos dividir o foco de atuação do fisioterapeuta de acordo com o comprometimento funcional do idoso:

1. *Idosos dependentes e restritos ao leito:*
 - Posicionamento e orientação quanto às transferências e manuseio correto.
 - Prevenção da imobilidade e suas conseqüências.
 - Priorização da condição respiratória.
 - Identificação dos meios de locomoção.
 - Adequação ambiental favorecendo a prestação de ajuda.
2. *Idosos dependentes, porém com capacidade de deambulação:*
 - Facilitação da marcha.
 - Indicação de dispositivos de auxílio à marcha e calçados adequados.
 - Treinamento de equilíbrio, força muscular e mobilidade geral.
 - Orientação quanto às transferências posturais em padrões normais de movimento.
 - Adequação ambiental favorecendo a aquisição de padrões motores.
 - Adaptação a perdas funcionais com novas estratégias de movimentos.
3. *Idosos independentes, porém vulneráveis:*
 - Identificação e eliminação dos fatores de risco para quedas.
 - Monitoramento do escalonamento de déficits potenciais para perdas funcionais, como déficits sensoriais, musculares e articulares.
 - Treino de marcha, equilíbrio, força e resistência muscular.
 - Potencialização de mecanismos protetores, como proteção mioarticular e de facilitação de ganhos motores.
 - Treinamento do idoso em ambientes que coloquem demandas de requisitos motores compatíveis com a complexidade de tarefas que de-

sempenha no seu dia-a-dia.

- Manutenção do condicionamento físico e da tolerância ao exercício.
- Adequação de dispositivos de auxílio à marcha.

A atenção à saúde no domicílio tende a pôr em xeque a interprofissionalidade e a quebrar barreiras dos territórios de atuação de cada profissional. Os membros da equipe aprendem a depender uns dos outros, a compartilhar as mesmas dificuldades e a ter cumplicidade nas estratégias a serem implementadas. Por outro lado, os ganhos funcionais passam a não depender de um ou de outro e a identidade individual passa a ser coletiva e da equipe, gerando problemas de relacionamento interpessoal e interprofissional. Isto, somado à grande proximidade dos problemas familiares e existenciais, coloca em risco a unidade da equipe. A necessidade de uma coordenação atenta e treinada para a gerência de equipes interprofissionais é fundamental para o sucesso do trabalho no domicílio.

O fato é que todos retornamos às nossas casas após um dia de trabalho, uma viagem, uma internação, uma ida ao hospital, ao ambulatório ou ao centro de reabilitação. E é neste nosso mundo real que temos que dar conta de viver e, portanto, o melhor local para reaprender a executar movimentos, desde os mais simples aos mais complexos, é a casa de cada um. Todos nós temos que ter sempre como referência a necessidade de acolhimento e proteção que o ambiente domiciliar traz aos pacientes e a melhor forma de readaptar o idoso com incapacidade a este ambiente que lhe é tão precioso. Afinal, lá está o destino de todos nós: a nossa "morada".

Embora saibamos da importância de outros profissionais na equipe interprofissional de atendimento domiciliário, por motivos diversos os mesmos não estão neste momento compartilhando conosco este capítulo. Buscamos, no entanto, descrever os papéis que envolvem o que consideramos uma equipe mínima necessária para um atendimento com qualidade.

ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL DOMICILIÁRIA: UMA EXPERIÊNCIA PRÁTICA (Luiz Eugênio Garcez Leme*)

Tem sido muito proveitosa a experiência do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo no desenvolvimento de estrutura de atenção domiciliária interprofissional a pacientes idosos.

O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal foi criado em 1993. Em 1996, devido ao grande número de idosos atendidos pelo mesmo, foi incorporado à Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital.

Este serviço fornece cuidados de saúde em âmbito domiciliário aos pacientes do referido hospital que venham a necessitar deste tipo de apoio, dentro de normas técnicas preestabelecidas. O escopo desta forma de assistência à saúde é manter o paciente dentro de seu hábitat familiar em condições de bem-estar e segurança, otimizando a capacidade e a eficiência do hospital.

COMPOSIÇÃO

O Serviço é composto, no momento, por profissionais de apoio (dois funcionários), motorista (um funcionário) e pessoal técnico em tempo parcial (três médicos, um cirurgião-dentista, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga).

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO

O serviço presta atenção à saúde dos pacientes de maneira estruturalmente interprofissional, com a participação ativa de todos os profissionais do grupo na elaboração

*Médico Geriatra. Doutor em Medicina pela FMUSP. Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador de Ensino e Pesquisa da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Do livro: Atendimento Domiciliar:

Um enfoque gerontológico

Ed. Atheneu 2005

Cap. 10 page: 134 (digo) 121 a 139

Cap. 14 page: 190 a 195

Autores: Duarte Y.A.O; Diego MJD'E