

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DENIS BRANDÃO DA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E MULTI-
INSTITUCIONAL NAS ALTERAÇÕES DO SONO NO IDOSO:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE

2019

DENIS BRANDÃO DA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E MULTI-
INSTITUCIONAL NAS ALTERAÇÕES DO SONO NO IDOSO:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores de Saúde – CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Zídia Rocha Magalhães

BELO HORIZONTE

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

COSTA, Denis Brandão da

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E MULTI-INSTITUCIONAL NAS ALTERAÇÕES DO SONO NO IDOSO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO [manuscrito] / Denis Brandão da Costa. - 2019.

31 f. : il.

Orientador: Zídia Rocha Magalhães.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em formação pedagógica para profissionais da saúde.

1.Saúde do Idoso. 2.Alterações do sono/Insônia. 3.Atendimento Domiciliar/Institucionalização. 4.Equipe Multi-institucional. I.Magalhães, ZídiaRocha .II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

DENIS BRANDÃO DA COSTA

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E MULTI-
INSTITUCIONAL NAS ALTERAÇÕES DO SONO NO IDOSO:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

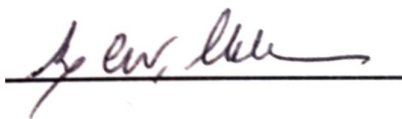
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Formação de Educadores de Saúde -
CEFES, da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para a obtenção do
título de especialista.

APROVADO EM: 14/12/2019



Profa. Dra. Zidia Rocha Magalhães

(Orientadora)



Profª. Drª. Lenice de Castro Mendes Vilella

Dedico este estudo à família e a paciente Arlete Borges Cunha, que depositaram suas confianças em mim, que se disponibilizaram a participar desta ação com o intuito de encontrar uma melhor institucionalização do seu ente querido.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

Aos meus pais, “In Memoriam” João Nery da Costa e Raimunda de Oliveira Costa, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam. Aos meus pais biológicos, João Clovis Pereira e Maria Angélica Brandão por minha existência.

Ao Dr. Eustáquio Antônio da Costa, Meu irmão querido, um pai companheiro, meu mestre, meu principal professor e orientador, você que é o meu maior exemplo de luta e determinação nessa vida. Eu jamais serei capaz de retribuir todo carinho, amor e incentivo que recebi de você. Você que nunca me negou uma palavra de apoio força e cumplicidade ao longo do meu nascer até então. Agradeço-lhe por todo amor, força, incentivo e apoio incondicional. Obrigado pelos inúmeros conselhos e puxões de orelha, que fizeram toda a diferença. Minha eterna gratidão. Esse TCC também é de você.

Aos meus irmãos, que me ouviram nos momentos difíceis, que me confortaram e me deram forças para chegar onde estou, e familiares adotivos e biológicos que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até essa etapa de minha vida, e entenderam a minha ausência nas festividades da família.

À MGL que esteve presente nesse momento aguentando o meu estresse, ficando em silêncio. Obrigado pelo amor, incentivo e o apoio incondicional.

Aos Meus filhos João Gabriel, Arthur, João Victor, Maria Victória e Maria Valencina que sempre me indagaram minha ausência, mas entendia o motivo e nos momentos em que ficávamos juntos não desperdiçávamos nenhum minuto de divertimento. Obrigado por seus amores incondicionais.

A Prof. Dra. Soraia Silvéria Silva, “In Memoriam”, sábia mulher, que me conduziu e incentivou minha educação, me mostrou opções, escolhas, exemplos e contra-exemplos de vida. Pelos textos traduzidos, orientações, seu grande desprendimento em ajudar-me e amizade sinsera. Depositou em mim confiança e se sentiu acolhida para se despedir desse mundo que sufoca e discrimina as diferenças. Mas que está

aqui caminhando comigo, iluminando meus passos e pensamentos, para que juntos concluamos esse trabalho.

Ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, e as pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foram a melhor experiência em minha formação acadêmica.

A minha orientadora Prof. Dra. Zídia Rocha Magalhães que iluminou as minhas idéias, quando tudo parecia confuso, compartilhando comigo momentos que fizeram toda diferença.

A coordenadora do Curso Prof. Dra. Salete Maria de Fátima Siqueira Muller pelo trabalho realizado com tanta dedicação e competência.

Agradeço todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação, por tanta dedicação sempre mostrando que podemos fazer a diferença na profissional educador em saúde.

À Secretaria do Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde – CEFES – Em especial ao Sr. Thiago Freitas, como sempre solícito em ajudar.

Aos amigos que fiz durante a realização desta pós-graduação.

A toda equipe de profissionais da UFMG, por contribuírem para o nosso aprendizado.

As professoras tutoras por terem apoiado a realização deste meu projeto de vida; Anézia Moreira Faria Madeira, Adelaide De Mattia, Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado, Flavia Falci Ercole, Lenice de Castro Mendes Villela; Maria José Cabral Grillo, SelmeSilqueira de Matos, Zídia Rocha Magalhães, Sônia Maria Nunes Viana.

Agradeço eternamente à Jacqueline por todo o carinho, amor incondicional, companheirismo, incentivo, otimismo e força, conforto que tanto precisava para vencer essa etapa; por não ter me deixado ser vencido pelo cansaço, por me ouvir nos momentos mais difíceis, transformando-os em momentos brandos e de tranquilidade; me estimulou e incentivou durante todo o curso, enchendo meu coração de amor, esperança e compreendeu minha ausência pelo tempo dedicado aos estudos,

atrativos fundamentais para minha formação, contribuindo para que o sonho se tornasse realidade; nunca me negou apoio durante a trajetória acadêmica, não me deixando perder a esperança e a fé.

“Tu és minha força, outro Deus não há, Tu és minha paz, minha liberdade. Nada nesta vida nos separará. Em Tuas mãos seguras, minha vida guardarás. Eu não temerei o mal, Tu me livraras. E no Teu perdão viverei”

Cântico da Comunhão

RESUMO

O conceito de saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sócio-familiares, resgatando o conceito de saúde, definida como o máximo bem-estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças. Com a implementação de rodas de conversa sobre as boas práticas de cuidados com o idoso, o presente estudo tem por objetivo verificar as alterações do sono na terceira idade e implementar um processo imprescindível de “Interferências Multidisciplinares e Multi-institucional” sem ou com o mínimo de interferência medicamentosa.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Alterações do sono/Insônia; Terceira Idade; Envelhecimento; Atendimento Domiciliar/Institucionalização; Equipe Multidisciplinar; Equipe Multi-institucional.

ABSTRACT

The concept of health of the elderly should therefore use information on clinical-functional and socio-family aspects, rescuing the concept of health, defined as the maximum biopsychosocial well-being, and not simply the absence of disease. With the implementation of wheels talk about good home care practices The present study aims to verify sleep alterations in old age and to implement an essential process of “Multidisciplinary and Multi-institutional Interferences” without and / or with the minimum of drug interference.

Keywords: Elderly Health; Sleep disorders / insomnia; Third Age; Aging; Home Care / Institutionalization; Multidisciplinary Team; Multi-institutional team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – RMMG – REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS – Principais Síndromes Geriátrica -Domínios de Saúde do Idoso.....	15
Figura 2 – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ – Avaliação Multidimensional do Idoso.....	16
Figura 3 – RMMG – REVISTA MÉDICA DE MINIAS GERAIS – Principais Síndromes Geriátricas - Grandes Síndromes Geriátricas.....	20

Sumário

1.INTRODUÇÃO	12
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivos gerais.....	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. Público alvo.....	18
5.METAS	18
6.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
7.METODOLOGIA.....	24
7.1. Primeira etapa	24
7.2. Segunda etapa	24
7.3. Parcerias estabelecidas	24
7.4.Recursos humanos.....	25
7.5. Recursos materiais.....	26
7.6. Orçamento.....	26
7.7.Cronograma de atividades	26
7.8.Resultados	26
7.9 - 1.Acompanhamento e avaliação do projeto	27
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
9. REFERÊNCIAS	31

1.INTRODUÇÃO

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. O idoso é considerado saudável quando uma capacidade funcional que o faz independente e com autonomia mesmo que tenha doenças. Desta forma, resgata-se o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde como sendo o mais completo bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual, e não simplesmente a ausência de doenças. Essa capacidade é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária (AVD's), que são tarefas do cotidiano realizadas pelo paciente. As AVD's avaliam o grau de autonomia e independência do indivíduo (MORAES, 2008).

A autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as suas ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras. Significa capacidade para decidir e depende diretamente da cognição e do humor. A independência refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Significa execução e depende diretamente de mobilidade e comunicação. Portanto, a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. Tais domínios devem ser rotineiramente avaliados na consulta geriátrica (ISAACS, 1992).

A cognição é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano. É constituída por um conjunto de funções corticais, formadas pela memória que consiste na capacidade de armazenamento de informações, função executiva que consiste capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas, linguagem que consiste na capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, praxia que consiste na capacidade de executar um ato motor, gnosis que consiste na capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis e função visual espacial que consiste na capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si. O humor é a motivação necessária para os processos mentais. A mobilidade é a capacidade de deslocamento do indivíduo. Depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfinteriana. E, finalmente,

a comunicação é a capacidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio (ISAACS, 1992). Habilidade de comunicar – depende de visão, audição e da fala.

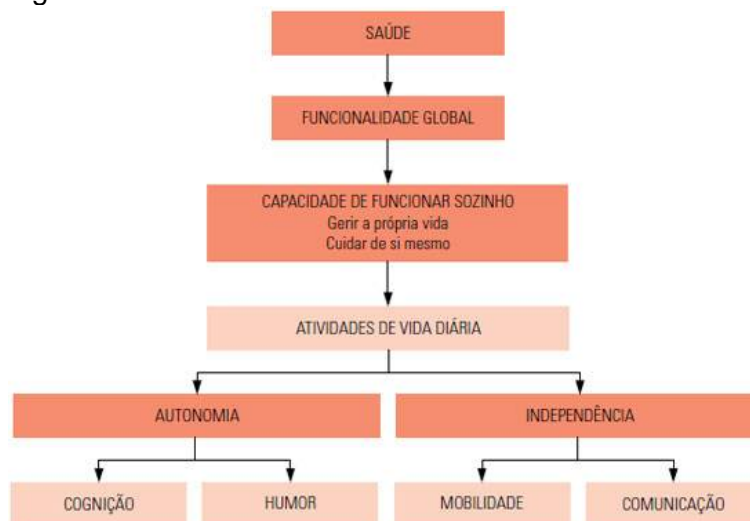
Em relação aos hipnóticos, largamente consumidos pelos idosos, ressalta-se o efeito depressor sobre o sono REM, necessário para o alívio do estresse mental, tais como tensão e ansiedade (EBERSOLE, 2004). Além disso, o uso crônico de hipnóticos e sedativos podem induzir a insônia e, conseqüentemente, hiper sonolência diurna, causando principalmente, perda do equilíbrio, prejuízos na cognição e no desempenho psicomotor (EBERSOLE,(2004); PRINZ, 2001).

O crescimento do segmento populacional dos idosos cria uma demanda por serviços médicos e sociais, sendo essencial, para um país em transição demográfica como o Brasil, encontrar alternativas para a tendência de institucionalização de longo prazo dos idosos.

As síndromes geriátricas, representadas pela incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa devem ser reconhecidas. Além disso, deve conter o diagnóstico das deficiências ou disfunções dos sistemas fisiológicos principais, como as alterações da nutrição, sono, saúde bucal e dos órgãos/sistemas (doenças). Outros aspectos relevantes do diagnóstico são o lazer, o suporte familiar, suporte social e a segurança ambiental. Esta identificação dos problemas de saúde e do estrato clínico-funcional.

A estratificação clínico-funcional facilita a definição dos objetivos a serem atingidos em cada paciente, individualizando as metas terapêuticas. Por outro lado, nos idosos com maior grau de dependência ou em fase terminal de vida, as metas terapêuticas devem priorizar o conforto, pois a perda funcional já é significativa e as estratégias preventivas clássicas devem ser revistas.

Figura 1 – Domínios funcionais da Saúde do Idoso



Fonte: RMMG - Revista Médica de Minas Gerias– Principais Síndromes Geriátricas.

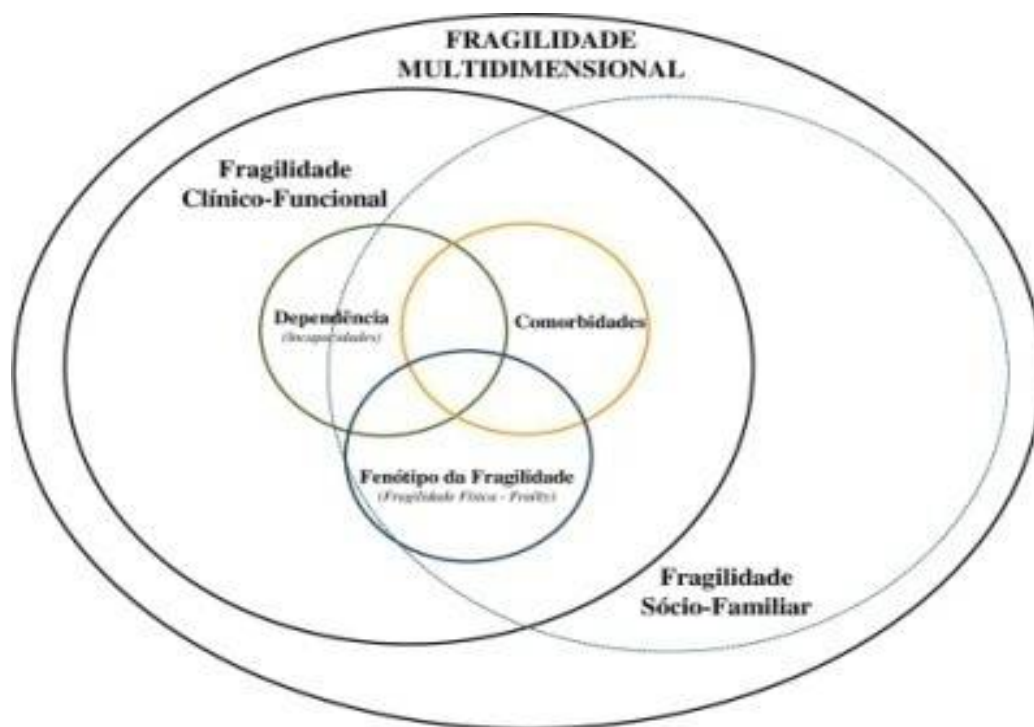
A insônia é considerada a dificuldade de iniciar ou manter o sono. Em relação ao período de sono, pode ser classificada em inicial (quando a pessoa apresenta dificuldade em iniciar o sono), intermediária (dificuldade em manter o sono) e final (apresenta despertar precoce) (BALLONE,2003)³.

Além dessas queixas, são também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com aumento de cochilos (FLOYD, 2002)⁴, o comprometimento cognitivo (BASTIEN, et al, 2003; COCHEN et al, 2001)^{5,6} e do desempenho diurno (NEYLAN, MAY, REYNOLDS, et al, 1999; VITIELLO, BORSON, 2001)^{7,8}, e vários outros problemas, que, embora não sejam específicos do envelhecimento, têm um grande impacto sobre os idosos em decorrência de seus efeitos sobre o sono: Falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas), agitação noturna e quedas (BENETO, 2000; MOLLER, LOSE, WALTER, 2002)^{9,10}.

Assim, propõe-se o conceito de FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL (Moraes, 2012), definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional. Neste modelo multidimensional, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois

componentes: clínico-funcional e sociofamiliar. *O conceito de saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde, definida como o máximo bem-estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças.* (Figura 2); SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – Avaliação Multidimensional do Idoso.

Figura 2 – Fragilidade Multidimensional



2.JUSTIFICATIVA

A abordagem da insônia na terceira idade deve ser multidisciplinar e multiinstitucional. Apesar de essas alterações serem uma patologia estudada por profissionais de diversas especialidades médicas; Idealmente deve ser realizada por uma equipe multiprofissional constituída: geriatra, otorrinolaringologista e pneumologista, e de avaliações específicas de outros profissionais da área de saúde como o fonoaudiólogo, o cirurgião-dentista, enfermagem, neuropsicologia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição, serviço social, e o fisioterapeuta que desempenham papéis importantes nos diagnósticos, tratamentos e na melhoria da qualidade de vida desses pacientes (GEIB, LORENA TERESINHA CONSALTER et al. 2003).

Destaca-se a automedicação como o ato de tomar remédios por conta própria, sem orientação médica, que muitas vezes é vista como uma solução para o alívio imediato de alguns sintomas que pode trazer consequências mais graves do que se imagina. O uso de medicamentos de forma incorreta pode acarretar o agravamento de doenças, uma vez que sua utilização inadequada pode esconder determinados sintomas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os motivos para tal estudo consiste em um melhor acompanhamento do idoso institucionalizado e tendo fundamental importância uma qualidade de vida para o idoso como também segurança aos familiares e apoio aos profissionais para execução de uma melhor atuação profissional.

Portanto, o propósito deste estudo é realizar um programa de educação sobre a importância da abordagem multidisciplinar e multiinstitucional nas alterações do sono no idoso.

O projeto contribui de maneira significativa para que as cuidadoras e familiares assumam o controle e tenham autonomia para em conjunto com a equipe, tomarem as melhores decisões frente a esse processo de envelhecimento que é fisiológico e requer um preparo psicofísico. Vivenciando um momento tranquilo, acolhedor, com profissionais qualificados e humanizados e que possam respeitar esse momento e permitir que o idoso tenha o máximo de harmonia no seu lar.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos gerais

Implantar um programa de educação para cuidadores de idosos visando evitar o uso abusivo de substâncias psicoativas no idoso institucionalizado.

3.2. Objetivos específicos

Implementar rodas de conversar sobre as boas práticas de cuidados do idoso. Apresentar alternativas para a tendência de institucionalização:

- Apresentar as boas práticas de assistência domiciliar.
- Proporcionar a troca de experiências de fatores causadores da insônia.
- Proporcionar a autonomia através de informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares.

4. PÚBLICO ALVO

O presente estudo abarca idosos institucionalizados, cujos os cuidados demandam a interação de uma equipe multidisciplinar, haja vista a dificuldade da família em tratar o seu familiar na residência. Portanto, torna-se necessário verificar as alterações do sono na terceira idade e implementar um processo de “Interferências Multidisciplinares e Multiinstitucional” sem e/ou com o mínimo de interferência medicamentosa.

Para tanto haverá a formação de uma Equipe Multidisciplinar e Multiinstitucional. Os profissionais serão convidados à formação de encontros, roda de conversas com informações necessárias ao paciente, familiares e cuidadores.

5.METAS

Curto prazo:

- Promover mensalmente rodas de conversas com os temas.
- Conhecer os níveis pressóricos adequados para aquele paciente.
- Reconhecer os riscos associados a um controle inadequado da glicemia.
- Promover controle não medicamentoso; através de mudanças de hábitos.

Longo prazo:

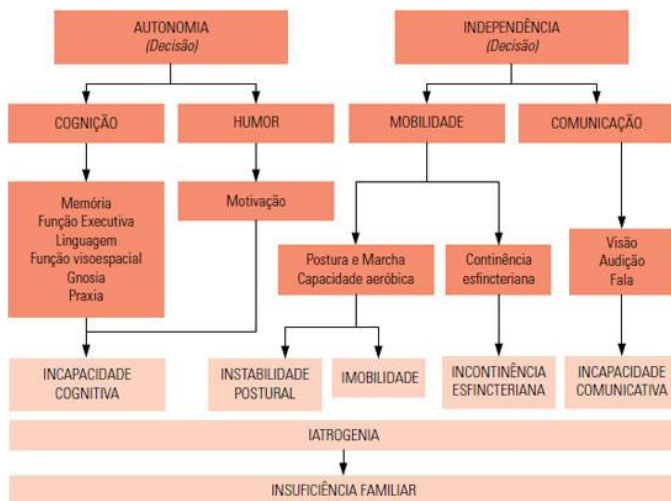
- Controle medicamentoso: administrar somente conforme prescrição médica;
- Em situações de urgência ou alarme, saber aferir os dados vitais, e pedir ajuda.
- Planejamento para a continuidade dos cuidados de saúde do idoso no domicílio evitando sempre a automedicação.
- Atentar para os sinais ou dados de interação medicamentosa que pode piorar o estado de saúde do paciente.

6.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A perda da independência e/ou autonomia é causada pelas principais síndromes associadas ao envelhecimento, conhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas”. O desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar/agravar o estado de saúde da pessoa idosa; ou “Gigantes da Geriatria”: a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência urinária e esfinteriana, imobilidade, incapacidade comunicativa, insuficiência familiar e a iatrogenia. Descritas inicialmente por Isaacs, as grandes síndromes geriátricas não incluíam a incapacidade comunicativa e a insuficiência familiar. A sua inclusão deve ser contemplada, pois são síndromes frequentes e que atuam diretamente na saúde do idoso, totalizando os 7 "Is" da Geriatria ((MORAES, 2008):

O presente estudo, quer evidenciar a interação entre instituições de saúde, vendo que em muitos casos o idoso tem diagnósticos diferentes e conseqüentemente, faz uso de medicamentos diversos, o que por sua vez ao invés de melhorar sua saúde contribui para uma piora do quadro.

Figura 3 - Grandes síndromes geriátricas



Fonte: (RMMG - Revista Médica de Minas Gerias – Grandes Síndromes Geriátricas).

Além disso, estão associadas à maior demanda de cuidados de longa duração, usualmente realizados pela família, que, na maioria das vezes, não se encontra preparada para esta nova função, quando se apresenta a INSUFICIÊNCIA FAMILIAR (A família, por sua vez, é outro elemento fundamental para o bem estar biopsicossocial e sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso).

As principais etiologias da incapacidade cognitiva são: demência, depressão, delirium e doenças mentais, como também a esquizofrenia. O diagnóstico etiológico nem sempre é fácil, já que as causas de incapacidade podem coexistir no mesmo paciente. A presença destas condições crônicas de saúde aumenta a complexidade do manejo clínico e o risco de iatrogenia, que representa todo malefício causado pelos profissionais da área da saúde. Antes de prescrever qualquer medicamento, recomenda-se o tratamento não-farmacológico.

O desafio, então, é a operacionalização do conceito de fragilidade, de modo a facilitar seu reconhecimento e a “Implementação de Intervenções” capazes de maximizar a independência e autonomia do indivíduo e impedir desfechos adversos, tornando este termo útil àqueles que se detém sobre a prevenção da incapacidade funcional do idoso (MORLEY et al., 2013).

A automedicação, por exemplo, é um problema que atravessa séculos. O médico e físico suíço Phillipus Augustus Paracelso já afirmava que “a dose correta é que diferencia um veneno de um remédio”, logo, uma dose acima da indicada, pode transformar um remédio em tóxico perigoso. Toda e qualquer dependência, seja ela em substâncias ilícitas ou lícitas, deve ser diagnosticada e tratada por especialistas, para evitar maiores danos a saúde do indivíduo.

O sono é um componente distinto e essencial do comportamento humano. Praticamente um terço de nossa vida é gasto dormindo. É um estado reversível de desligamento da percepção do ambiente, com modificação do nível de consciência e de resposta aos estímulos internos e externos. É um processo ativo que envolve múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central.

Medicamentos prescritos como sedativos e automedicação podem ter um efeito importante na arquitetura do sono e podem incapacitar os mecanismos cardiopulmonares durante o sono. A história e avaliação psiquiátrica podem identificar ansiedade, depressão e acontecimentos importantes da vida que, comumente, afetam os hábitos ou a higiene do sono.

Essa sintomatologia permite afirmar que sono e repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, o que por si só justifica a necessidade dos profissionais de saúde (Equipe Multidisciplinar e interinstitucional), atualizarem seus conhecimentos acerca das alterações fisiológicas que ocorrem no sono com a velhice, assim como sobre os fatores que interferem no sono saudável, tais como doenças clínicas, comorbidades psiquiátricas e eventos psicossociais.

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas, agudas e/ou crônicas, em idosos frágeis. As alterações farmacocinéticas do envelhecimento como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal, aumentam significativamente o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito. Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Muitas vezes os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento por si, dificultando mais ainda o seu diagnóstico. Além disso, sabe-se pouco sobre as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos amplamente utilizados, pois os idosos frágeis são comumente excluídos dos estudos farmacêuticos necessários para a aprovação de novas drogas.

Outro aspecto relevante é a alta frequência de interações medicamentosas do tipo droga-droga e do tipo droga-doença. A prevalência de prescrições inapropriadas para idosos varia de 20 a 40% e são mais frequentes na presença de polifarmácia e nos idosos com 80 anos ou mais. A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia recente, sem causa aparente, deve ser atribuído à reação adversa a drogas. Por essa razão torna-se imprescindível fazer cada vez mais estudos visando a proteção de pessoas idosas

que em nossa realidade e em nossos dias precisam de fazer uso de um número muito grande de medicamentos.

7. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um projeto de intervenção que consiste na elaboração e promoção de rodas de conversa para abordagem das boas práticas de atendimento domiciliar (AD) para com o idoso institucionalizado, com o objetivo de verificar as alterações do sono na terceira idade e implementar um processo imprescindível de “Interferências Multidisciplinares e Multiinstitucional” sem e/ou com o mínimo de interferência medicamentosa.

Até o presente momento 3 encontros foram realizados, e tem como perspectiva acontecer de forma mensal. As rodas de conversa vêm sendo realizadas na própria residência por reproduzir fidedignamente a realidade do local. Tem como tempo médio de 2 horas, pautadas no uso de metodologias ativas com conteúdos teóricos e práticos.

O processo de avaliação dos resultados deste projeto de intervenção será realizado a partir da realização das rodas de conversa, sempre é feita uma avaliação verbal de modo informal sobre: Conteúdo abordado, material utilizado e metodologia (demonstração e recurso Audiovisual). Além disso, para mensuração de intervenção foi utilizada uma escala tipo do tipo *likert* A escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, é a escala mais usada em pesquisa de opinião. Essa foi feita com *emojis* que são pictograma ou ideograma, ou seja, uma imagem que transmitem a ideia de uma palavra ou frase completa ou ainda um sentimento. A escolha dessas figuras foi pensada como instrumento de modelo lúdico e maior aproximação com o grupo.

A atividade educativa ocorreu simultaneamente aos encontros realizados; E como acompanhamento aguardamos o retorno das próximas rodas de conversa para fazermos um comparativo da saúde do idoso, familiares e profissionais. Pode ser observado, através da participação ativa dos profissionais com questionamentos e reflexões sobre o contexto. Por muitas vezes, verbalizados por a grande maioria dos participantes da roda de conversa, a necessidade de retomarem-se aos momentos que outrora aconteceram.

O projeto de intervenção será desenvolvido em duas etapas.

7.1. Primeira etapa

O projeto de intervenção será desenvolvido, através da formação de uma Equipe Multidisciplinar e Multi-interdisciplinar. Os profissionais serão convidados à formação de encontros (Mensais), conjuntos para transmitir o conhecimento teórico-prático, que permita uns aos outros transmitirem informações necessárias ao paciente, familiares e cuidadores. Onde vários temas poderão ser abordados. A ação educativa baseada na troca de experiências e conhecimentos de forma, ética, flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico, constituído na interação de saberes, promoção da saúde e prevenção de agravos (ZAMPIERI,2010).

7.2. Segunda etapa

Com a formação de uma equipe multidisciplinar e multiinstitucional, cria-se um Plano de Cuidados Individualizado; Esta identificação dos problemas de saúde e do estrato clínico-funcional a que pertence são fundamentais para a definição das intervenções a serem propostas, bem como as prioridades e metas terapêuticas. As mudanças porventura sugeridas devem ser justificadas, assim como os profissionais e equipamentos de saúde e da assistência social que serão necessários. Este conjunto de diagnósticos biopsicossociais e funcionais do indivíduo, associados às intervenções promotoras de saúde, preventivas, curativas, paliativas e/ou reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a saúde do idoso recebe o nome de Plano de Cuidados Individualizado.

Com isso agregamos um Prontuário de Atendimentos, onde consta, conduta realizada, elementos específicos e fundamentais de cada profissional.

7.3. Parcerias estabelecidas

A primeira parceria será com a UBS (Unidade Básica de Saúde) Jardim Alvorada, para obter o material necessário para realizar análise criteriosa do diagnóstico, profissionais que já prestaram (Investigação da história pregressa), e/ou ainda continuam atendendo essa, gerentes ou responsáveis destes locais, dá comunidade podem ser usados em parceria.

A segunda parceria seria com as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

E a terceira parceria seria com os profissionais particulares de Saúde que participam também desses cuidados.

O referido projeto de intervenção *vem trabalhando* por intermédio de rodas de conversa com a Equipe Multidisciplinar e Multiinstitucional. O objetivo desses encontros é reduzir a interação medicamentosa, desenvolvendo inúmeras ações, tendo como uma das prioridades a realização das atividades e informações coletadas.

Cuidadoras e familiares que vivenciam o dia-dia do idoso institucionalizado apresentaram necessidades de cuidados os quais podem ser, prioritariamente, trabalhados através da educação em saúde. Compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar diferentes experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal, emocional e espiritual. Estudos revelam a preocupação de profissionais da saúde com a participação da população como agente ativa no processo saúde-doença, percebendo as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos (ZAMPIERI,2010; PROGIANTI, 2012).

Assim, é de extrema importância que as cuidadoras e os familiares sejam empoderados com as atitudes educativas desenvolvidas através de estratégias de rodas de conversa. Mensalmente vem sendo realizada uma ação educativa com o tema: boas práticas no trabalho, utilizando para essa ação *folders* e cartazes educativos, o livro de relatório de atendimento. O foco principal será a troca de experiência entre os participantes proporcionando e eles a socialização e esclarecimento de dúvidas que possam surgir com relação ao atendimento domiciliar, assim evitar iatrogenia.

7.4.Recursos humanos

Os recursos serão de dois tipos:

O projeto de intervenção vem contando com o apoio dos vários setores multidisciplinares e multi-interdisciplinar que compõem uma rede de assistência à saúde no atendimento domiciliar: Membros da equipe de saúde da UBS, médicos,

enfermeiros, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, agentes comunitários de saúde ACS, educador físico, técnico de enfermagem. Médico particular que medica o paciente e o Fisioterapeuta/Técnico de Enfermagem (Atendimento domiciliar).

7.5. Recursos materiais

Esfignomanômetro, balança de Bioimpedancia, Glicosímetro, Caderno (Prontuário de Atendimentos), folders e cartazes educativos, para as cuidadoras e familiares.

7.6. Orçamento

O orçamento aproximado para este Plano de Intervenção é o seguinte:

- Esfignomanômetro: R\$49,68
- Balança de Bioimpedância: R\$284.91
- Glicosímetro: R\$36.90
- Caderno, Folders e cartazes educativos: R\$80,82

Total: R\$ 452,31 (Quatrocentos e cinquenta e dois reais e trinta e um centavos).

7.7.Cronograma de atividades

24/08/2019 – 28/09/2019 – 05/10/2019

As visitas foram realizadas mensalmente, os convidados foram os profissionais do Centro de Saúde, Profissionais Privados de Assistência à Saúde, o Médico da família, Fisioterapeuta/Técnico de Enfermagem, familiares e cuidadoras.

7.8.Resultados

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas, agudas e/ou crônicas, em idosos frágeis. As alterações farmacocinéticas do envelhecimento como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal, aumentam significativamente

o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito. Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Muitas vezes os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento por si, dificultando mais ainda o seu diagnóstico. Além disso, sabe-se pouco sobre as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos amplamente utilizados, pois os idosos frágeis são comumente excluídos dos estudos farmacêuticos necessários para a aprovação de novas drogas. (SHRANK, W. H. et al, 2007)

Outro aspecto relevante é a alta frequência de interações medicamentosas do tipo droga-droga e do tipo droga-doença. A prevalência de prescrições inapropriadas para idosos varia de 20 a 40% e são mais frequentes na presença de polifarmácia e nos idosos com 80 anos ou mais. A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia recente, sem causa aparente, deve ser atribuído à reação adversa a drogas (ROUCHON & GURWITZ, 2011)

7.9 - 1.Acompanhamento e avaliação do projeto

O processo de avaliação dos resultados deste projeto de intervenção será realizado a partir da realização das rodas de conversa, sempre é feita uma avaliação verbal de modo informal sobre: Conteúdo abordado, material utilizado e metodologia (demonstração e recurso Audiovisual). Além disso, para mensuração de intervenção foi utilizada uma escala tipo do tipo likert A escala Likert ou escala de likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, é a escala mais usada em pesquisa de opinião. Essa foi feita com *emojis* que são pictograma ou ideograma, ou seja, uma imagem que transmitem a ideia de uma palavra ou frase completa ou ainda um sentimento. A escolha dessas figuras foi pensada como instrumento de modelo lúdico e maior aproximação com o grupo.

A atividade educativa ocorreu simultaneamente aos encontros realizados; E como acompanhamento aguardamos o retorno das próximas rodas de conversa para

fazermos um comparativo da saúde do idoso, familiares e profissionais. Pode ser observado, através da participação ativa dos profissionais com questionamentos e reflexões sobre o contexto. Por muitas vezes, verbalizados pela grande maioria dos participantes da roda de conversa, a necessidade de retornarem aos momentos que aconteceram outrora.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição dos ditos gigantes geriátricos evidencia a importância da realização de ampla avaliação clínica de todos os idosos. Caso contrário, não seria possível visualizar todos os seus problemas e as interrelações entre eles. A visão fragmentada do idoso é, indiscutivelmente, uma das principais causas de polifarmácia e iatrogenia que tanto os prejudicam. Os médicos que trabalham com idosos, portanto, devem realizar a avaliação multidimensional e ficarem atentos à identificação e tratamento das síndromes geriátricas, principais responsáveis pela perda da sua autonomia e independência.

Enfrentar o desafio do envelhecimento é urgente. O país já tem um importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados que requerem planejamento e definição de prioridades das políticas públicas sociais. É, portanto, mister que essas políticas tenham intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável.

Pelo estudo realizado concordamos com o dizer de Miranda, Mendes, e Silva, (2016)

Com o envelhecimento da população e a menor relação entre população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte aos idosos e carente de estruturas de apoio para essa população, a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência à população idosa. E o Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades. Garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida.

Este é o grande e permanente desafio para todos nós profissionais da saúde, para toda nossa sociedade nas próximas décadas que devemos cobrar do Estado uma ação comprometida com o bem estar e qualidade de vida de nossa população idosa.

9 REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.J. Transtornos do sono em idosos. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/geriat/sonogeri.html>. Acesso em: 22. jul. 2003.
- BASTIEN CH, Fortier-Brochu E, Rioux I, LeBlanc M, Daley M, Morin CM. Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia. Relationship between objective and subjective measures. *J Psychosom Res* 2003; 54(1):39-49.
- BENETO A. Sleep disorders in the elderly. *Epidemiology. Rev Neurol* 2000; 30(6):581-586.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.
- BRITO FC, RAMOS LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 671-679.
- COHEN-ZION M, STEPNOWSKY C, MARLER, SHOCHAT T, KRIPKE DF, ANCOLI-ISRAEL S. Changes in cognitive function associated with sleep disordered breathing in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(12):1622-1627.
- EBERSOLE, P. *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis : Mosby, 2001.
- FLORIANI CA, SCHRAMM FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública* 2004;20(4):986-94.
- FLOYD, J A. Sleep and aging. *Nurs.Clin.North Am.* 2002; 37(4): 719-31.
- ISAACS B. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Blackwell; 1992.
- GEIB, LORENA TERESINHA CONSALTER et al. Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [online]. 2003, v. 25, n. 3. 453-465. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>>.
- MIRANDA, GMD, MENDES, ACG; SILVA, ALA Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2016, v. 19, n. 03, pp. 507-519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>.
- MOLLER-ERNST JK, LOSE G, WALTER S. Nocturia. A common, but overlooked problem. *Ugeskr.Laeger* 2002; 164 (33): 3849-52

MORAES E N. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia, Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

MORLEY, J.E. et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA, V.14, p.393-397, 2013.

NEYLAN TC, MAY MG, REYNOLDS III C.F. Transtornos do sono e distúrbios cronobiológicos. In: Busse EW, Blazer DG. Psiquiatria geriátrica. Porto Alegre (RS) : Artmed; 1999. p. 333-342.

PRINZ, P. Sleep disturbance associated with drug and alcohol use. In: Maddox GX, edit. The encyclopedia of aging. New York: Springer Publishing Company; 2001.

PROGIANTI JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Rev Bras Enferm. 2012;65(2):257-63.

REHEM TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10Supl:231-42.

ROUCHON, P. A.; GURWITZ, J. H. Optimising drug treatment for elderly people. BMJ, London, v. 315, p.1096-1099, 2011.

SHRANK, W. H. et al. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. J. Am. Geriatr. Soc., New York, v.55, p. S373-S382, 2007.

VITIELLO MV, BORSON S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. CNS Drugs 2001; 15(10):777-796.

WILLCOX, S.M. et al. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. JAMA, v.272, p.292-296, 1994.

ZAMPIERI MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):719-27.