

João Luiz de Mello

**A INTERDISCIPLINARIDADE COMO VETOR DE SAÚDE:
*PREVENÇÃO DE FRATURAS TRAUMÁTICAS POR QUEDA EM IDOSOS:
UM ESTUDO DE CASO***

Projeto de pesquisa apresentado no Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICTS do Grupo Hospitalar Conceição em Convênio com a Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do Grau de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Maria Cristina Guimarães
Co-Orientador: Professor Doutor Sérgio Sirena, M. D.

Porto Alegre
2005

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 A mudança da pirâmide etária brasileira	4
1.2 Fratura de quadril	5
1.3 Modelo de atenção à saúde.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1 Integralidade.....	10
3.2 Interdisciplinaridade.....	12
4 METODOLOGIA.....	15
Ações propostas.....	16
5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	18
6 REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira lança um novo desafio para o Sistema Único de Saúde – atender a uma crescente demanda de indivíduos com múltiplos problemas decorrentes do envelhecimento.

Dentre os problemas mais graves, as quedas representam a principal causa de morbi-mortalidade por trauma acima de 60 anos de idade. Uma de suas conseqüências mais comuns, a fratura de quadril é um desafio aos programas que buscam promover o envelhecimento com autonomia, capacidade funcional e qualidade de vida pelo maior tempo possível. Esta fratura é um evento cada vez mais freqüente, potencialmente grave e incapacitante. Sua alta probabilidade de recorrência no quadril contra-lateral e em outros locais, por ocorrer em um grupo mais idoso, ainda mais suscetível a complicações de toda ordem, agrava as repercussões sobre o sistema de saúde e na rede de apoio social e familiar, já fragilizada anteriormente pelo primeiro evento. As co-morbidades, presentes em significativo percentual destes pacientes, além de contribuir para tornar mais complexo o atendimento hospitalar, indicam a necessidade da adoção de uma abordagem mais abrangente, que entre outras coisas deve contemplar os agravos potencialmente causadores de nova queda e nova fratura.

O pressuposto dessa pesquisa é que uma nova forma de organização do trabalho no ambiente hospitalar, com participação interdisciplinar e elaboração de estratégias voltadas às necessidades deste grupo especial de pacientes, reduza a ocorrência de novas fraturas, especialmente as de quadril, nos anos seguintes. A experiência vivenciada pelo presente autor, como Diretor Técnico no período 2003-2005, na principal instituição de atendimento em Traumatologia do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, bem como a participação em comitês local e nacional de prevenção de acidentes na área de pediatria, contribuíram para reforçar o entendimento da necessidade de atuar preventivamente em outro grupo etário vulnerável às causas externas – os idosos.

A Política do Idoso no Brasil, que tem como principal objetivo o envelhecimento saudável, tem servido de subsídio para os programas que buscam uma abordagem integral de saúde, mais do que o tratamento de agravos, paradigma do modelo biomédico.

1.1 A mudança da pirâmide etária brasileira.

O crescente número de indivíduos que atingem a idade de 60 anos ou mais, tanto em número absoluto como percentualmente, refletem a mudança nas taxas de fecundidade e mortalidade, mudando a estrutura etária da população do País. A taxa de fecundidade total passou de 5,8 filhos por mulher, nos anos 60 (CARVALHO, 1978, apud MOREIRA, 1992) para 2,3 na segunda metade dos anos 90 (IBGE, 2005).

Os indivíduos de 60 anos ou mais de idade representavam cerca de 7,3% da população brasileira em 1991; subiram para 7,8 % em 2000 e chegaram a 8,4% em 2005. A estimativa é que em 2020 este percentual chegue a 12%, representando mais de 25 milhões de pessoas (IBGE, 2005).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, define idoso, como aqueles indivíduos que tem idade acima de 65 anos, para os países desenvolvidos e 60 anos, para os países em desenvolvimento. O termo “terceira idade” tem sido utilizado para designar indivíduos em idade avançada que não apresentam sinais de senilidade e estão em boa qualidade de saúde. Para a finalidade deste trabalho, foi obedecido o critério do Estatuto do Idoso, que define como idoso o possuidor de idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O envelhecimento da população mundial como um todo, sendo o Brasil um dos países onde isto tem ocorrido com maior intensidade (MOREIRA 2002), trouxe consigo a emergência de um enorme contingente de pacientes com patologias características de idades mais avançadas, demandando crescente atenção aos seus problemas de saúde. Os idosos consomem mais serviços de saúde, tem taxas de hospitalização mais elevadas que outras faixas etárias e sua duração de hospitalizações é de até três vezes mais (VERAS 2002). Estes indivíduos, com maior prevalência de doenças crônicas degenerativas, ao procurar os serviços de saúde, encontram uma estrutura ainda com ênfase na promoção da saúde materno-infantil, planejamento familiar e doenças infecto-contagiosas, definidos como prioridade nos cuidados primários de saúde nos anos 70 (WHO, 1978). Em 2001 apenas 60% dos municípios brasileiros possuíam atividades voltadas para a saúde do idoso (BARROS e SILVA 2001, apud NEGRI et al 2004).

Os padrões de morbidade e mortalidade da população acima de 65 anos, ao contrário das faixas etárias mais jovens, são semelhantes em todos países, não

importando seu grau de desenvolvimento. Considerando que nos EUA 80% da população acima de 65 anos tem uma ou mais doenças crônicas e que o tratamento médico destas doenças representa 30% do total de gastos da saúde naquele país, temos uma idéia de como o envelhecimento da população se torna responsável por um substancial aumento no custo da saúde e seguridade social (ACUÑA, 1981).

A criação da Política Nacional do Idoso definiu os direitos e as linhas de ação dos diferentes setores para assegurar os direitos sociais do idoso, não restringindo a proposta de atuação governamental aos aspectos relacionados a doenças, mas no conceito ampliado de saúde, incluindo a autonomia, integração e participação social (BRASIL, 1994). A garantia a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento de programas e medidas profiláticas para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso foram legalmente estabelecidos.

Sob a ótica médica, destaque-se que as Faculdades de Medicina no Brasil foram obrigadas a ministrar as disciplinas de Geriatria e Gerontologia Social, que até então não faziam parte do currículo mínimo de formação médica.

As quedas são os eventos que mais freqüentemente levam os idosos a atendimento médico de urgência nos Estados Unidos, sendo estimado que para cada três quedas não fatais ocorra uma fatal (PAYNE et al 1992, apud CLAVES, 1999). Em adultos acima de 65 anos, vivendo na comunidade, 30 a 40% deles caem a cada ano (HORNBOOK 1994 e HAUSDORFF 2001, apud CDC), dos quais 20 a 30% sofrem lesões sérias (STERLING 2001, apud CDC), sendo o traumatismo craneano e a fratura de quadril os mais freqüentes. Cerca de 3 a 5 % das quedas em idosos são causadoras de fraturas (COOPER 1992, apud CDC)

No Brasil os acidentes de trânsito e as quedas são os principais causadores de morte por trauma em idosos (SOUZA e IGLESIAS, 2002)

1.2 A fratura de quadril.

Para a finalidade deste trabalho foi escolhida a fratura de quadril, também chamada fratura da extremidade proximal do fêmur, não relacionada a neoplasia primária ou metastática locais. Estas fraturas são comumente classificadas segundo seu local anatômico de ocorrência (cabeça, colo femural e região trocantérica), direção do ângulo de fratura e se há deslocamento dos fragmentos.

O aumento de seu número de casos não é apenas reflexo dos conhecidos fatores – envelhecimento populacional, aumento relativo do número de mulheres (mais suscetíveis às fraturas), mas também de uma tendência mundial ao aumento relativo de sua ocorrência (GULLBERG, 1997). Alterações de hábitos do dia a dia, como alimentação com menor conteúdo de cálcio, redução da exposição ao sol e menor atividade física podem estar levando à uma menor obtenção de pico de massa óssea nos adolescentes e adultos jovens, com conseqüente maior fragilidade óssea em idades mais avançadas.

A fratura de quadril representa ao redor de 900 hospitalizações a cada ano em idosos acima de 60 anos no município de Porto Alegre (DATASUS, 2004) , dos quais quase 600 internam no Hospital Cristo Redentor.

A incidência de outra fratura de quadril nos anos subseqüentes varia entre 2,3 e 10,6% (GEORGE, 2000), estimando-se a recorrência anual em 10%. As elevadas morbidade e mortalidade decorrentes da fratura inicial, com perda de vida autônoma para a metade dos pacientes acometidos e mortalidade que chega a 33% dos sobreviventes no primeiro ano pós-evento (KEENE 1993 apud GEORGE 2000), mostram o impacto pessoal e social deste primeiro evento. Dentre os sobreviventes, o risco de nova fratura é 2 vezes e meia superior aos indivíduos de mesma idade que não sofreram fratura (COLÓN-EMERIC, 2000 apud COLÓN-EMERIC 2004). Embora esse percentual de pacientes que sofrem nova fratura seja significativo, a abordagem tradicional de tratamento não costuma avaliar os aspectos preventivos, contextualizados na realidade de vida destes indivíduos.

Fatores ambientais como moradia não adaptada, e isolamento social são causadores de piora das condições de saúde (SLUZKI, 1997), o que nos pacientes sobreviventes da primeira fratura, cuja capacidade de locomoção se encontra parcial ou completamente prejudicada, traz à discussão dois eixos de intervenção – rede social e condições de moradia - que necessitam ser abordados pelos profissionais da equipe da Linha de Cuidado.

A atenção aos pacientes que internam para correção da fratura de quadril no Hospital Cristo Redentor neste momento, está estruturada de forma convencional, voltada para a execução do procedimento cirúrgico que imobilize a fratura, cesse a dor e permita algum grau de mobilidade ao paciente. É realizada rotineiramente uma avaliação clínico-laboratorial, com especial ênfase aos fatores que possam aumentar o risco de mortalidade peri-operatória, como cardiopatias, pneumopatias e trombo-

embolismos. Por se tratar de hospital de referência em traumatologia do Sistema Único de Saúde, os pacientes atendidos freqüentemente são egressos de municípios vizinhos ou de outras regiões do estado e em sua grande maioria são pertencentes ao segmento de menor renda da população.

1.3 Modelo de atenção

No modelo biomédico clássico, o foco de atenção é a reconstrução da estrutura óssea danificada, sem participação significativa de outros profissionais não médicos no processo de restabelecimento da saúde. Portanto,

somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. Assim, os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos na sala de exames são geralmente considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente [...] (CAPRA, 1982, p. 150)

Mesmo dentro deste modelo, a abordagem das co-morbidades como visão deficiente, marcha irregular, uso de medicações que causam prejuízo da marcha, como os hipnóticos, por exemplo, são fatores de risco para novas quedas e que raramente são levados em conta durante o tratamento hospitalar tradicional.

A proposta deste estudo é também a de melhorar as condições de saúde destes pacientes, através da orientação e promoção de atitudes saudáveis no cotidiano pós-alta dos idosos atendidos. O enfoque no auto-cuidado, crenças e comportamento em saúde e programas de promoção da saúde com foco multitemático tem sido objetos do maior número de trabalhos em promoção da saúde do idoso encontrados na base de dados MEDLINE (ASSIS, HARTZ e VALLA, 2004), indicando uma ênfase da comunidade científica nestas abordagens. É pertinente a realização de um estudo piloto com esta característica, observando-se a evolução da população atendida.

Propõe-se uma nova dinâmica de trabalho, com a participação integrada da equipe de saúde na avaliação, escolha e execução da melhor conduta terapêutica, reabilitadora e preventiva para cada um destes pacientes, onde o objetivo da hospitalização não seja apenas a correção da fratura, mas o restabelecimento das condições de saúde do idoso. A integralidade como diretriz e a organização

interdisciplinar do atendimento como ferramenta dentro da estrutura administrativa interna, chamada Linha de Cuidado, é a maneira proposta de atuação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor o desenho de um novo espaço terapêutico para os pacientes acima de 60 anos que internarem no Hospital Cristo Redentor por fratura de quadril causada por queda, cujo eixo central seja a integralidade do atendimento e a ferramenta a ser utilizada, a interdisciplinaridade.

2.2 Objetivo específico

Identificar o perfil epidemiológico do idoso atendido por fratura de quadril no Hospital Cristo Redentor, no período de julho de 2004 a junho de 2005

Identificar o percentual de recorrência de fratura no período de um ano após o atendimento hospitalar dos pacientes egressos, que estiveram hospitalizados no período descrito acima.

Identificar a mortalidade durante a hospitalização e a dos pacientes egressos, no período de um ano após a alta.

Identificar os profissionais e linhas de atenção para formar o núcleo interdisciplinar para formação da Linha de Cuidado.

Propor atividades de promoção de saúde para os pacientes que internarem na Linha de Cuidado de Trauma do Idoso.

Ministrar aos cuidadores e/ou familiares atividades para desenvolvimento de estratégias de prevenção de quedas no domicílio.

Proporcionar espaço pedagógico para os profissionais em formação no Hospital Cristo Redentor – residentes em Traumatologia e Ortopedia e da Residência Integrada em Saúde.

Propor a vigilância das quedas no ambiente hospitalar e sua redução como um dos indicadores da qualidade do atendimento ao paciente internado.

Propor fluxos de referência e contra-referência intra-institucional para os idosos vítimas de fratura de quadril.

Executar triagem de acuidade visual nos idosos internados na Linha de Cuidado.

Reduzir a recorrência de fraturas nos pacientes que internarem para tratamento de fratura de quadril no Hospital Cristo Redentor.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Integralidade

Para contextualizar a proposta deste trabalho, é necessário ter claro qual integralidade estamos falando, já que “atendimento integral” é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde. Mattos (2001), discorre sobre esta questão questionando e incorpora a integralidade a uma “imagem objetivo”, uma configuração político-social desejável, com seu resultado social – justiça e solidariedade - como auxiliares na definição do seu significado. Indo nessa mesma direção, a integralidade que propomos é aquela que vai muito além da abordagem do indivíduo internado em nossa instituição como um sistema biológico quebrado, que necessita conserto com os recursos disponíveis. O contexto biopsicossocial, do qual este indivíduo faz parte, deve ser obrigatoriamente incluído no planejamento das ações de saúde e que estas, de forma alguma, sejam exclusivas do profissional médico.

Embora a medicina integral, surgida no contexto da discussão do currículo de formação médica e aqui compreendida como a prática médica não reducionista e não fragmentada em especialidades médicas, tenha caminhado no sentido da integralidade e busque levar em consideração o paciente como um todo, incluindo sua inserção social, considera-se a sua melhor prática ainda insuficiente para atendimento das demandas de saúde dos pacientes.

A interdisciplinaridade é uma forma de pensar e Piaget, já em 1972 sustentava que ela seria uma forma de se chegar à transdisciplinaridade, etapa que não ficaria na interação e reciprocidade entre as ciências, mas alcançaria um estágio onde não haveria mais fronteiras entre as disciplinas (MAHEU, 2005). Considerando as características da profissão médica, a atuação transdisciplinar é de difícil implantação em nosso contexto.

Para este trabalho **integralidade** significa "o esforço e a confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, [...]" (CECILIO, 2001 p. 115-6). É também chamada de ‘integralidade focalizada’, por ocorrer no espaço bem delimitado (focalizado) do Hospital. A outra dimensão de integralidade que deve ser considerada é a que decorre da articulação entre os diferentes serviços de saúde, capazes de funcionar

em rede e compartilhando recursos e competências necessários para atender às diferentes necessidades dos indivíduos (CECILIO, 2001).

O Hospital Cristo Redentor faz parte do chamado Grupo Hospitalar Conceição, que possui em suas outras unidades hospitalares e ambulatoriais recursos necessários para estes pacientes, como oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, medicina interna, endocrinologia e Postos de Saúde da Medicina de Família. Mesmo dentro da estrutura de atenção tradicional à saúde, a tentativa de correção ou minimização das co-morbidades presentes, quando ocorre, só acontece dentro da rígida estrutura de referência e contra-referência piramidal, requerendo encaminhamentos a Unidades Básicas para continuidade do cuidado. A inexistência de integralidade intra-setorial, aponta a necessidade de promoção da articulação pelo menos intra-institucional como parte da atuação da Linha de Cuidado do Trauma do Idoso.

Os resultados do atendimento hospitalar são limitados à correção da fratura e à devolução deste paciente ao seu meio ambiente, com agendamento de consultas ambulatoriais de seguimento do resultado cirúrgico. Com o modelo biomédico, flexneriano, como paradigma da atenção, o espaço para intervenção nas condições de saúde se restringe ao reparo do dano biológico e à possibilidade de conserto da biomecânica da marcha. A fragmentação do cuidado a este paciente, em que não existe o espaço de troca de saberes, acaba por limitar a hospitalização a um procedimento cirúrgico padrão, que mesmo com a melhor técnica operatória, não atuará no sentido de obter a melhor qualidade de vida possível.

Sendo a saúde mais do que a ausência da doença, portanto mais do que a correção da fratura que motivou a baixa, este trabalho solidário só se tornará possível através do compartilhamento de informações e troca do conhecimento com cada uma das disciplinas envolvidas no cuidado, já que a atuação médica isolada, dentro desta estrutura hospitalar ou mesmo fora dela, não é capaz de atender as demandas da recuperação da saúde em seu sentido amplo.

A participação de outros profissionais, como por exemplo da assistente social, capaz de identificar as condições de vida e rede social deste paciente, da psicóloga, avaliando o funcionamento cognitivo e a capacidade de autocuidado prévia e futura, trazem informações inestimáveis para a condução da terapêutica cirúrgica, neste momento ainda não incorporadas ao trabalho da equipe. As escolhas da técnica cirúrgica e do material a ser implantado para reparo da fratura, deveriam levar em

conta os fatores não médicos relacionados ao tipo de vida que o paciente será capaz de levar.

O desenvolvimento do espaço físico e organizacional para proporcionar esta troca de saberes e diferentes abordagens do paciente, com compartilhamento de informações constitui um dos objetivos da Linha de Cuidado.

3.2 Interdisciplinaridade

A divisão do conhecimento em disciplinas, causada por uma epistemologia de cunho positivista em meados dos séculos XIX e XX, tornou mais fácil a análise do conhecimento científico. O efeito indesejável mais evidente desta abordagem foi a perda da visão do todo. Ao abordar questões complexas, de cunho social, por exemplo e incluindo-se aí o tema saúde, as disciplinas isoladamente não são capazes de compreender e explicar os fenômenos de maneira satisfatória.

A interdisciplinaridade pode ser vista como uma opção para articular os conhecimentos das diversas disciplinas científicas que se debruçam sobre os problemas sócio-ambientais (RATTNER, 1997). Haveria outra situação em que fosse tão adequada esta abordagem quanto um evento causado por um fator ambiental (queda), multifatorial, num substrato biológico também complexo, que se traduz por uma estrutura óssea frágil?.

Os fatores de risco para fraturas em idosos podem ser divididos nos relacionados à massa óssea (fragilidade do esqueleto) e aos relacionados ao aumento de risco de queda. Tanto um quanto outro são identificáveis e potencialmente modificáveis. A proposta do projeto é propiciar um local de troca de saberes e promoção de intervenções que tragam como consequência o melhor resultado possível para a patologia que causou a baixa, mas fundamentalmente, reduzindo os fatores de risco para novas fraturas. A responsabilização pelo cuidado, com integralidade e interdisciplinaridade será o novo paradigma de atenção, onde os recursos necessários ao caso e disponíveis no hospital sejam utilizados, buscando o aproveitamento da estadia hospitalar para o planejamento e execução das ações, sejam elas alimentares, medicamentosas, reabilitadoras ou de ordem social, familiar e domiciliar.

A escolha deste tipo especial de fratura para definir o grupo de intervenção - fratura de quadril - se deve às suas características peculiares. Além de ser indicador

de doença óssea, isto é, se o fêmur quebrou, os outros ossos tem um grande risco de sofrerem fratura em situações que normalmente ela não ocorreria, seu tratamento é obrigatoriamente cirúrgico, em um hospital que seja referência em traumatologia de alta complexidade. O Hospital Cristo Redentor sendo esta instituição de referência para a região metropolitana e arredores, e possuindo em seu corpo funcional psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, fisiatras, traumatologistas, e nutricionistas, torna-se naturalmente o local de escolha para a implantação de um programa de prevenção de recorrência desta patologia.

A medida da massa óssea é o instrumento mais poderoso no prognóstico de ocorrência de fratura de quadril. A densitometria óssea ou exame radiológico simples do parênquima ósseo, em localizações anatômicas pré-definidas, podem apontar na população em geral a chance de fratura nos anos subsequentes (ALOIA, 1995). Ao dirigir-se o foco de atenção aos pacientes já internados pela fratura, indicador real da fragilidade óssea daquele paciente, tem-se a oportunidade de atuar num grupo específico, com uma necessidade ostensivamente evidente de correção.

A administração de vitamina D, cálcio e medicações como bifosfonatos já mostraram aumentar a massa óssea (CHAPUY et al., 1992) e que acrescidos a exercícios de fortalecimento muscular diminuem significativamente a ocorrência de danos ósseos relacionados a quedas (FIECHTNER, 2003).

Evidentemente pacientes gravemente demenciados necessitam uma forma de abordagem distinta daqueles outros da “terceira idade”, isto é, idosos capazes de serem sujeitos de sua história. Para estes últimos, o empoderamento deve ser uma das mais importantes estratégias de promoção de saúde (TEIXEIRA, 2002).

há um outro espaço fundamental a ser preenchido pela saúde pública. Trata-se do engajamento dos idosos como atores culturais visando o acolhimento dos idosos como atores nobres e essenciais na sociedade e a consideração da velhice como uma etapa da existência que pode ser desfrutada saudavelmente... (MINAYO, 1995).

Um dos objetivos, *strictu sensu*, é a redução da incidência de novas fraturas de quadril por queda nestes pacientes, a ser obtida como resultado da aplicação desta modificação da forma de trabalho, que no termo ainda não adequadamente traduzido é chamada “orgware”. *Latu sensu* o que se torna mais importante pela sua abrangência é a mudança de paradigma de atenção intra-hospitalar, que deve ser

traduzida como melhora das condições de vida dos pacientes que internarem nesta instituição.

4 METODOLOGIA

4.1. Identificação do perfil dos pacientes atendidos anteriormente através do levantamento dos dados de prontuário e ficha de identificação de internação de todos os idosos acima de 60 anos que internaram para tratamento de fratura de quadril no período de uma ano – 30 de junho de 2004 a 1º de julho de 2005. Registro através de formulário próprio. Contato posterior para identificação de nova fratura ou óbito no período de até um ano após a fratura inicial.

4.2. Elaboração de instrumento de coleta de dados dos pacientes que internarem na Linha de Cuidado, com ênfase nos aspectos pertinentes à atuação proposta – capacidade funcional, cognição, alimentação, rede social, condições de moradia, co-morbidades, características da fratura, técnica utilizada.

4.4. Utilização da área física modificada para internação destes pacientes, adaptada às necessidades especiais – mobiliário, espaço de locomoção, luminosidade, corrimão, piso, altura do vaso sanitário, etc.. como recurso pedagógico aos pacientes, familiares e cuidadores. Reuniões sistemáticas, registradas para avaliação posterior, com discussão de medidas preventivas de quedas.

4.5. Ativação ou reforço da rede social do paciente, aqui definida como “a soma de relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (SLUZKI, 1997, p. 41-2). Considerando que existe uma importante redução desta rede social na velhice, as relações que permanecem ativas devem ser adequadamente trabalhadas nesta rede de apoio. Os pacientes não institucionalizados serão estimulados e orientados a freqüentar organizações, grupos ou associações com atividades voltadas aos idosos no seu entorno domiciliar.

4.6 Avaliação de todos os aspectos relevantes à saúde na primeira oportunidade disponível a partir da internação na Unidade. Cada um dos profissionais da equipe - clínico, traumatologista, assistente social, enfermeira, psicóloga, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, fisiatra, terapeuta ocupacional, fará a entrevista com o paciente e sua família ou cuidadores, avaliando os aspectos referentes a sua área de atuação. Registro em prontuário, com instrumento padronizado.

4.7 Reunião diária, para discussão do caso, complementada ou precedida de round à beira do leito. Um formulário padronizado para estes pacientes, em processo de desenvolvimento, que contemplará aspectos médicos e não médicos, fará parte integrante do prontuário, ficando disponível para consulta e anotações durante a hospitalização e no seguimento ambulatorial, servindo como registro dos dados obtidos.

Os participantes da Linha de Cuidado serão incluídos num grupo de destinatários de correio eletrônico, onde através de seu e-mail institucional receberão as informações pertinentes às internações, altas, agendamentos de consultas, reuniões e eventos relacionados. Os artigos técnicos referentes à Linha de Cuidado, atualizados de acordo com cada um dos membros de Equipe, ficarão armazenados para consulta on-line ou impressão através de ferramenta disponibilizada pela Gerência de Informática do GHC. Desta forma, a função informacional, que é a de “assegurar que aquelas pessoas que necessitam de conhecimento em seu trabalho possam recebê-lo, independentemente de ter procurado ou não” (WERSIG G, 1993 apud FREIRE I M, 2003), fica garantida.

Ações propostas

- Diagnóstico das condições de vida do paciente, sua compreensão do processo saúde-doença, atividades que participe, vontades, capacidade de vida autônoma prévia, através de avaliação padronizada aplicada pelos membros da Linha de Cuidado, na internação, supervisionada pela assistente social.
- Avaliação do grau de osteoporose, de acordo com o critério técnico aceito para tal (Raios-X do colo de fêmur contra-lateral, densitometria óssea, etc.).
- Avaliação nutricional, com orientação voltada às necessidades específicas do paciente. Complementação de vitamina D e cálcio quando necessário, de acordo com protocolo em elaboração pela nutricionista e traumatologistas da Linha de Cuidado.
- Administração e/ou prescrição de medicamentos para obtenção de condições ósseas satisfatórias, se necessário.
- Avaliação da rede social e investigação das condições de moradia, com identificação de situações de risco que possam ser modificadas.

- Aplicação do Mini-Mental State Examination pela equipe, supervisionada pela psicóloga ou psiquiatra, subsidiando a opção do tratamento médico clínico e cirúrgico e abordagem sócio-familiar mais adequados ao paciente.
- Fisioterapia para prevenção de complicações decorrentes da imobilidade e reforçando o membro não afetado para deambulação precoce, quando possível.
- Integração com o Serviço de Oftalmologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição para estabelecer o fluxo de referência para atendimento específico destes pacientes, já que a visão prejudicada é importante fator de risco para nova queda.
- Ambulatório para retorno dos pacientes, com seguimento dos casos e busca ativa para avaliação da morbidade e mortalidade.
- Registro padronizado dos casos atendidos na Linha de Cuidado, obtendo dados para reavaliação das condutas adotadas e subsidiando tomadas de decisão para os gestores dos serviços de saúde local e municipal.

Com periodicidade semanal, os interessados na implantação da Linha de Cuidado do Trauma no Idoso já têm se reunido formalmente em local pré-definido, onde são discutidos os diferentes aspectos da avaliação e tratamento destes pacientes, assim como a proposição de estratégias de trabalho, apresentação de artigos técnico-científicos, discussão de casos e protocolos. As reuniões são abertas a todos os interessados, de participação espontânea, embora as pessoas-chave, já envolvidas disciplinarmente com o tratamento das fraturas de quadril tenham sido formalmente convidadas. Estabeleceu-se um processo dinâmico, ainda em execução, cujos contornos estão delineados ao redor dos eixos de integralidade e interdisciplinaridade.

5 CRONOGRAMA

Etapas	Período
Apresentação do Projeto aos Gerentes do HCR, Coordenadores dos Centros de Resultado e demais membros do colegiado de Gestão	Executado
Constituição da Equipe da Linha de Cuidado de Trauma do Idoso	Em execução, com término previsto para outubro de 2005
Elaboração de Protocolos (revisão bibliográfica, elaboração de formulários específicos para a Linha de Cuidado). Levantamento dos dados referentes às hospitalizações jul/2004 jun/2005	Em execução, com término previsto para novembro de 2005
Contato inter setorial – HNSC, Medicina de Família, PAD	Novembro/ dezembro de 2005
Abordagem metodológica – estruturação da atividade	Setembro/outubro de 2005
Implantação da Linha de Cuidado	Outubro de 2005
Avaliação de resultados	Mensal, a partir de outubro de 2005
Divulgação de resultados	Trimestral, a partir de janeiro de 2006

6 REFERÊNCIAS

ACUÑA, H. R. The United Nations World assembly on the elderly. **Bull Pan Am Health Organ**, v.15, n. 1, p. 1-2, 1981.

ASSIS, M., HARTZ, Z. M. A., VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 557-81, 2004.

BARROS SILVA et al apud NEGRI, L.S.A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.1033-46, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10741.htm . Acesso em: 20 set. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L8842.htm. Acesso em: 20 set. 2005.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo. Editora Cultrix, 1982, p. 150.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control. Falls and Hip Fractures Among Older Adults. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncip/factsheets/falls.htm> . Acessado em 23 out. 2005.

CHAPUY M.C. et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. **New England Journal of Medicine**. 1992. v. 327, p.1637-1642.

CLAVES. CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE JORGE CARELLI – CLAVES/ENSP/FIOCRUZ. Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, estados e capitais de regiões metropolitanas – 1980 a 1998. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%201.PDF> . Acesso em: 23 out. 2005.

COLÓN-EMERIC, C. S. et al. The HORIZON recurrent fracture trial: design of a clinical trial in the prevention of subsequent fractures after low trauma hip fracture repair. **Curr Med Res Opin**, v. 20, n. 6, p. 903-910, 2004.

DATASUS, 2005. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Rio Grande do Sul, internações segundo município, aglomerado urbano Porto Alegre, lista morbidade CID-10 fratura do fêmur, faixa etária 60 anos ou mais, período 2004. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em 27 mai. 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004. Rio de Janeiro, out. 2004.

Disponível em

<http://www.IBGE.gov.br/home/estatística/população/estimativa2005/metodologia.pdf>.

Acesso em 18 ago. 2005.

FIECHTNER, J J. Hip fracture prevention. drug therapies and lifestyle modifications that can reduce risk. **Postgraduate Medicine online**. vol 114 n. 3, sep. 2003.

Disponível em http://www.postgradmed.com/issues/2003/09_3/1fiechtner.htm.

Acesso em 19 mai 2005.

FREIRE, I. M. O Olhar da consciência possível sobre o campo científico. **Ci Inf Brasília**; v. 32, n. 1, p. 50-59, Jan-Abr 2003.

GEORGE, G. H. M.; PATEL, S. Secondary prevention of hip fracture. **Rheumatology**, n. 39, p. 346-349, 2000.

GULLBERG, B.; JOHNELL, O.; KANIS J. A. world-wide projections for hip fracture. **Osteoporos Int**, n. 7, p. 407-413, 1997.

MAHEU, C. A. **Interdisciplinaridade e mediação pedagógica**. Núcleo de pesquisa e projetos de educação à distância, Universidade Salvador. Disponível em <http://www.nuppead.unifacs.br/artigos/Interdisciplinaridade.pdf> Acesso em 20 set 2005.

MATTOS, R. A., Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO; 2001. p. 41.

MINAYO, M. C. (org.). **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

MOREIRA, M. M. **Mudanças estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050**. Trabalhos para discussão, Fundação Joaquim Nabuco, n. 117/2002, maio 2002. Disponível em : <http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>. Acesso em: 2 ago. 2005.

RATTNER, H. Saúde e interdisciplinaridade, 1997. Disponível em <http://www.lead.org.br/article/view/607/1/97> . Acesso em 05 set 2005.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Alternativas terapêuticas. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, J. A. G. e IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no Idoso. **Rev Assoc Med Bras** n. 48, v. 1, p. 79-86, 2002.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Abril de 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VERAS, R. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde:** Conseqüência da Explosão Populacional dos Idosos no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Un ATI/UERJ, 2002.

WHO, 1978. **Declaration of Alma-Ata.** International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR. 6-12 sep. 1978.