

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR AO PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cândida Mirna de Sousa Alves¹; Michelly Martins de Melo²; Niedson José de Siqueira Medeiros³

¹⁻²Secretaria Municipal de Saúde, Sossego – PB, candidamirna@hotmail.com

³Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, Coronel Ezequiel – RN

RESUMO

A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e/ou planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade. É considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família. Devido à rápida transição demográfica e epidemiológica e à elevação dos custos assistenciais à saúde dos idosos, ganha dimensão a atenção domiciliar: a tendência atual, minimizando-se custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, é de indicar a permanência desses idosos em suas casas, sob os cuidados de suas famílias, visando também ao conforto e dignidade. Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo foi descrever as estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde da família para prestar o cuidado ao paciente idoso, através da visita domiciliar. Foi observada no cotidiano de trabalho a necessidade de um acompanhamento sistemático e regular aos idosos que não possuíam condições de comparecer até a unidade de saúde, os quais apresentavam alguma patologia crônica. Em reunião com a equipe foi estabelecido à realização de visitas domiciliares uma vez na semana, conforme prioridades estabelecidas pelos profissionais de saúde. Nas visitas era realizada aferição de sinais vitais, avaliação antropométrica, avaliação odontológica, solicitação de exames laboratoriais, encaminhamento para especialidades médicas, orientações aos familiares e cuidadores. Dessa forma, constatou-se que as estratégias desenvolvidas pela equipe promoveram a aproximação entre profissionais e usuários, o monitoramento e controle das patologias crônicas degenerativas, e conseqüentemente de suas complicações.

Palavras chaves: Visita domiciliar; Saúde do idoso; Saúde da família; Envelhecimento; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

A home visit is an activity used in order to support the intervention in the health-disease process of individuals and / or planning of actions aiming to promote the health of the community. It is considered the external activity to the clinic more developed by health teams. Is characterized by using a lightweight technology, allowing health care more human, warmly, establishing trust between professionals and users, increasing the population's access to health shares in one of the points of their care network: the home, the residential unit of a given family. Due to the rapid demographic and epidemiological transition and rising welfare costs to the health of the elderly, win dimension to home care: the current trend, minimizing costs of hospital and institutional care for disabled elderly, is to indicate the permanence of the elderly in their homes, under the care of their families so as to also comfort and dignity. This is an experience report, whose aim was to describe the strategies developed by the family health team to provide care to elderly patient by home visit. It was observed in the daily work of the need for a systematic and regular monitoring of the elderly who did not have conditions to attend to the health unit, which had some chronic disease. In meeting with the team was established to carry out home visits once a week, according to priorities set by health professionals. In the visits was held measuring vital signs, anthropometric, dental evaluation, request lab tests, referrals to medical specialists, guidance to families and caregivers. Thus, it was found that the strategies developed by the team promoted closer ties between professionals and users, monitoring and control of chronic degenerative pathologies, and consequently of its complications.

Key-words: Home visits; Health of the elderly; Family health; aging; Primary health care.

INTRODUÇÃO

Os idosos constituem o grupo etário que mais cresce no Brasil. O país possui cerca de 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa mais de 10% da população brasileira. Estimativas nacionais indicam que esse contingente atingirá 32 milhões em 2025 e fará do país o sexto em número de idosos no mundo¹.

O processo de envelhecimento, a despeito dos recentes avanços da medicina, ainda se constitui num fenômeno inexorável. O número de idosos tem crescido em praticamente todas as regiões do mundo, em especial onde tenham sido implantadas estratégias de melhoria de condições de vida. Nas últimas décadas, ocorreu uma mudança no perfil etário brasileiro. Considerada, durante muito tempo, jovem, a população vem progressivamente adquirindo maior participação da parcela idosa².

Nesse sentido, o envelhecimento é uma conquista da humanidade, pois possibilita a maior convivência dos idosos com seus familiares. No entanto, ele também pode vir acompanhado de incapacidade e problemas de saúde, tais como algumas doenças

crônicas e degenerativas, entre elas as demências, hipertensão arterial e diabetes mellitus. No Brasil, os idosos são responsáveis pelo maior percentual de gastos públicos com saúde. O modelo hospitalar contribuiu para que os cuidados no domicílio não fossem incentivados¹.

Nos últimos anos, essa prática ressurgiu devido à rápida transição demográfica e epidemiológica e à elevação dos custos assistenciais à saúde dos idosos. Em muitos países e no Brasil, a tendência atual, devido à redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, é de indicar a permanência desses idosos em suas casas, sob os cuidados de suas famílias, visando também ao conforto e dignidade¹.

Diante desse contexto, é visível o grande número de idosos incapacitados e portadores de doenças crônicas degenerativas que vivem em seu domicílio, sem nenhum cuidado adequado prestado pela equipe de saúde, o qual somente é possível de maneira efetiva através da visita domiciliar.

A Visita Domiciliar constitui uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade³.

Percebendo a necessidade e responsabilidade da equipe com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente idoso incapacitado, a equipe de saúde planejou e implementou estratégias que visam o acompanhamento efetivo e sistemático do idoso no tocante à visita domiciliar. Neste contexto, foi objetivo deste estudo descrever as estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde da família para prestar o cuidado ao paciente idoso, através da visita domiciliar.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado no Centro Municipal de Saúde Pedro Vieira da Silva, no município de Sossego-PB. Este

está localizado na microrregião do Curimataú Ocidental e integrante da Região Metropolitana de Barra de Santa Rosa. Abrange uma população estimada de 3.427 habitantes.⁴ Possui duas equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo uma equipe na zona urbana e outra na zona rural, as quais correspondem a uma cobertura de 100%. A população do estudo foi composta por idosos, os quais receberam visitas domiciliares da equipe de saúde. Em sua maioria, idosos portadores de doenças crônicas-degenerativas, como: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da observação cotidiana, fez-se necessário implementar algumas estratégias para melhor atender o paciente idoso que não tinha condições de comparecer até a unidade de saúde, como também, prevenir e/ou diminuir as complicações decorrentes das doenças crônicas-degenerativas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Estima-se que 54% dos casos de acidente vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estejam relacionados a elevados níveis pressóricos. Além disso, a HAS é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo⁵.

Diabetes mellitus (DM) representa um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência e prevalência. Estima-se que, após 15 anos do aparecimento do DM, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira, 10%, problemas visuais graves, 30% a 45%, algum grau de retinopatia, 10% a 20%, de nefropatia, 20% a 35%, de neuropatia e 10% a 25%, de doença cardiovascular⁶.

Na Estratégia de Saúde Da Família existe o programa hiperdia, o qual consiste no acompanhamento sistemático dos hipertensos e diabéticos, através das consultas realizadas pelos profissionais de saúde, os quais verificam as medidas antropométricas, fornecem informações acerca da alimentação saudável, prática de exercícios físicos e a

prevenção das complicações provenientes da hipertensão e diabetes. No entanto, na unidade de saúde esse programa não estava funcionando, os pacientes não compareciam à unidade, nem eram realizadas as consultas. O acompanhamento efetivo dos usuários é um dos requisitos mais difíceis de concretizar no Hiperdia, seja pela distância física entre os usuários e os serviços de saúde, seja pelas dificuldades referidas pelos profissionais para alcançar esses pacientes em sua residência ou, ainda, pela pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS e do DM⁷.

Os pacientes idosos portadores dessas patologias estavam esquecidos, não possuíam condições de comparecer ao posto de saúde, nem tinham visitas dos profissionais da equipe. Era perceptível a quantidade de idosos sem atendimento, com essas patologias descompensadas e sem orientações acerca de uma melhor qualidade de vida, como também, familiares e cuidadores perdidos, sobrecarregados, sem instrução de como lidar com esses pacientes. À medida que a doença evolui, a demanda de cuidados com o idoso também aumenta, gerando um aumento das dificuldades e, conseqüentemente, da sobrecarga ao cuidador e/ou familiar³.

Nessa perspectiva, foram planejadas algumas estratégias para promover atenção humanizada e qualificada ao usuário idoso, e mudanças no processo de trabalho. A enfermeira expos a situação aos agentes comunitários de saúde (ACS), os quais fizeram o levantamento dos pacientes idosos de suas áreas que necessitavam de um acompanhamento contínuo em domicílio. Após esse levantamento, foi realizada uma reunião com toda a equipe de saúde (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e dentista) juntamente com a gestão, onde foi discutida a importância de um cuidado integral ao usuário idoso que não pode se deslocar de sua moradia. Neste aspecto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como proposta trabalhar com uma clientela adscrita, com foco na família, estabelecendo vínculos por meio de uma equipe multiprofissional. Esses profissionais devem planejar suas ações pautadas na realidade de vida das famílias a serem atendidas. Desta forma, a atuação da equipe exige a implementação de novos referenciais e a reorganização do processo de trabalho⁸.

A equipe chegou ao consenso que a melhor forma de acompanhar essa faixa etária, é através das visitas domiciliares regulares. Pois, estas não eram realizadas de forma contínua e sistematizada, apenas esporadicamente. Dessa maneira, foi planejado um cronograma de visitas domiciliares, onde essas são realizadas todas as quintas-feiras no período da tarde, pela equipe da unidade. Cada quinta-feira um ACS realiza as visitas com a equipe, triando os pacientes de maior necessidade, em sua maioria, idosos portadores de doenças crônicas.

A Visita domiciliar constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. É considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família⁹.

Nas visitas é realizada a aferição da pressão arterial, glicemia capilar, orientações quanto à alimentação saudável, solicitação de exames laboratoriais, encaminhamento para especialidades de acordo com a necessidade do paciente (nutricionista, fisioterapeuta, cardiologista, psicólogo), como também, verificação de medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência abdominal), para aqueles pacientes que apesar de serem idosos, possuem condições físicas para realizar esses procedimentos. Vale ressaltar, que é realizada a avaliação odontológica pelo dentista e as orientações aos familiares e cuidadores de como cuidar daquele idoso, no que tange à medicação, à higiene, à alimentação e ao manuseio do acamado e ao cuidado com as úlceras por pressão.

CONCLUSÃO

As estratégias utilizadas pela equipe de saúde através da visita domiciliar, têm se mostrado uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, um espaço de diálogo e entendimento do processo saúde- doença, um momento de acolhimento e

criação de vínculo que considera a singularidade de cada indivíduo, proporcionando uma reorganização do modelo de cuidado na atenção básica, além do monitoramento, acompanhamento regular e prevenção das complicações decorrentes das patologias crônicas degenerativas.

No entanto, no cotidiano de trabalho nos deparamos com um entrave que acaba dificultando o trabalho em equipe. A grande demanda da unidade de saúde da família, a qual é provocada pela ausência de uma unidade hospitalar. Muitos pacientes para atender, em sua maioria, atendimentos de urgência e emergência, sobrecarrega a equipe e limita o atendimento ao modelo curativista.

E, para finalizar, ressalto que o impacto positivo na vida do idoso incapacitado é evidente. Todavia, para uma melhor promoção da qualidade de vida desse idoso, enfatizo a importância do aumento e capacitação dos profissionais da saúde, como também, a criação de uma unidade hospitalar ou unidade mista, e de serviços de atenção domiciliar mais efetivos e que assimilem uma equipe multidisciplinar empenhada e compromissada com o cuidar do processo saúde –doença do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Silva CF, Passos VMA, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012; 15(4): 707-731.
2. Santos MAA, Souza ACS, Reis FP, Santos TR, Lima SO, Filho JAB. Envelhecer Altera Relevantemente a Frequência Cardíaca Média? Arq Bras Cardiol. 2013; 101(5):388-398.
3. Santos EM, Moraes SHG. A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção dos Enfermeiros. Cogitare Enferm. 2011 jul-set; 16(3): 492-7.
4. IBGE [Internet] 2014 [acesso em 2015 agost 17] Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=251615>
5. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2013 mar; 29(3): 507-521.
6. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e pós participação em programa educativo. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 348-54.

7. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(6): 571-578.
8. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4): 956-61.
9. Andrade AM, Guimarães AMAN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita Domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol Serv Saúde. 2014 jan-mar; 23(1): 165-175.

