



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

RITA DE CASSIA ISAIAS FRANCO

ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES DE ACAMADOS E DOMICILIADOS.

SÃO PAULO
2020

RITA DE CASSIA ISAIAS FRANCO

ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES DE ACAMADOS E DOMICILIADOS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VERA DIB ZAMBON

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este projeto será desenvolvido na Unidade ESF - Adalberto Luis Pirondi no município de Porto Ferreira. Tem como objetivo geral orientar de forma clara e prática os cuidadores dos acamados e domiciliados, com a participação de todos os profissionais da ESF, visando esclarecer sobre os cuidados específicos para cada paciente. Gerir cuidados à pacientes acamados é uma tarefa que requer conhecimento e dedicação. Devido ao estado de saúde do paciente, na maioria das vezes, se sentem debilitados, impacientes e incompreendidos. Cuidados com higiene, transporte e alimentação são essenciais para evitar alguns problemas que podem surgir no dia a dia. Manter o ambiente limpo, o leito organizado e zelo na troca das roupas, são algumas ações que evitam complicações e infecções. Função essa não apenas do cuidador, mas também de todos os familiares que têm contato com o paciente. O cuidador, não cuida apenas do corpo, pois o paciente necessita de apoio moral, para que não se sinta desconfortável com essa situação. Trabalhar a autoestima pode ajudar e muito na melhora do paciente. Por isso, cabe à todos os envolvidos garantir que o paciente se sinta acolhido e querido. Portanto, pode-se concluir que, o cuidador deve receber todo o suporte necessário da ESF, possibilitando ao paciente uma assistência prestada com humanização e qualidade.

Palavra-chave

Cuidados Domiciliares de Saúde. Cuidador. Consulta Domiciliar.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A minha vinda para Porto Ferreira - SP se deu pelo Programa Mais Médicos, onde depus muitas expectativas em relação ao mesmo, como trabalhar em equipe, realizar um atendimento de qualidade e humanizado e, sem interferência política.

Chegando à Unidade ESF - Adalberto Luis Pirondi, apresentei-me à equipe, visto que no primeiro dia de trabalho, não estava presente a enfermeira responsável, a mesma estava participando de um curso. Quanto ao restante da equipe fui bem recebida.

Minha equipe é constituída de um enfermeiro, três agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, uma equipe odontológica, uma psicóloga do NASF, que atende toda terça-feira à tarde. Possui ainda uma fisioterapeuta que atende as quartas-feiras em grupo, um auxiliar de serviços gerais e um atendente. A Unidade de Saúde conta ainda com um pediatra, um ginecologista, um clínico geral e um médico de saúde da família.

A Unidade de Saúde onde atendo tem uma estrutura física pequena e se caracteriza como uma Unidade Mista, pois tem Equipe de Saúde da Família além de médicos das clínicas básicas. Em termos de conforto térmico da Unidade de Saúde, o ambiente é quente considerando que o município está localizado em uma região de altas temperaturas e não tem condicionadores de ar nos consultórios. A Unidade de Saúde também não possui materiais de urgência e carrinho de emergência.

Segundo os agentes comunitários de saúde, a unidade possui atualmente em torno de 3.647 pacientes cadastrados, porém, nessa área residem aproximadamente 9.000 pessoas.

Sendo assim, não temos uma área delimitada do ESF, com este número grande de pacientes a serem atendidos torna-se difícil alcançar a meta proposta pela ESF de 100% de cobertura, como também resolver a situação de saúde de cada paciente individualmente.

Esse território é composto por muitos pacientes diabéticos insulínicos, dependentes e hipertensos. Sendo que desta população os casos mais complicados são os pacientes obesos e os pacientes que possuem uma enorme lista de medicamentos prescritos. A maioria dos pacientes atendidos é sedentária e se alimentam inadequadamente. Existem alguns casos de pacientes com úlceras venosas crônicas, sem melhora aos tratamentos. Já outros pacientes apresentem transtornos mentais.

Dentre todos os desafios e dificuldades, espero que toda equipe consiga com o decorrer do tempo mudar tal realidade atuando de forma organizada e com foco na prevenção, no tratamento adequado e na reabilitação individual.

Portanto, este trabalho apresenta como problema de intervenção: “será que o despreparo ou a negligência do cuidador podem acarretar complicações irreversíveis? Sabe-se que as complicações mais comuns e de maior risco podem e devem ser evitadas com cuidados preventivos”.

O objetivo geral deste trabalho será orientar de forma clara e prática os cuidadores dos acamados e domiciliados, desenvolvendo assim, um projeto de orientação com a participação de todos os profissionais da ESF, visando esclarecer sobre os cuidados específicos para cada paciente.

ESTUDO DA LITERATURA

Segundo Gusso e Lopes (2012), no Brasil, são vastas as experiências de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) que surgiram em decorrência das dificuldades de cada usuário no acesso aos Serviços de Saúde. Desde então, o atendimento em domicílio tem o intuito de expandir e qualificar os processos de cuidado e gestão.

Nas últimas décadas, todas essas práticas almejavam experiências e conhecimentos em enfrentar inúmeras situações clínicas que tendem a enriquecer a atuação da equipe da AD, porém, exige dessa mesma equipe a adequação profissional à este novo contexto.

De início, estas iniciativas eram isoladas, muitas vezes com grupos de pacientes em atendimento de número reduzido e que apresentavam características clínicas em comum: são os casos de equipes de cuidados domiciliares pós- AVE (Acidente Vascular-Encefálico) ou outras situações de grande incapacidade, cuidados geriátricos a idosos frágeis, cuidados paliativos oncológicos e outras especializadas na assistência neonatal (BRASIL, 2013, p.44).

Esse fortalecimento da Atenção Domiciliar foi considerado uma estratégia relevante voltado aos cuidados da população, visto também, como uma modalidade substitutiva dos Serviços de Saúde. E para complementar esses atendimentos, as equipes de AD devem analisar à fundo cada situação, reconhecendo assim, as reais necessidades dos pacientes e as possibilidades de intervenção, que variam de acordo com as características demográficas e sanitárias de cada local.

A progressão das doenças e perfil de funcionalidade de cada paciente tendem a indicar algumas características fundamentais da Atenção Domiciliar que assim, determinará no tipo de atendimento que precisará ser prestado:

- Atendimento domiciliar de curta permanência (dias à semanas): esse tipo de atendimento é indicado para pacientes funcionais e que podem obter melhoras em tratamentos de curto prazo, como por exemplo, tratamento de broncopneumonia, infecções urinárias, celulites, trombozes venosas profundas, reabilitações, doenças pulmonares obstrutivas, insuficiência cardíaca congestiva.

[...] é evidente a otimização de leitos hospitalares, bem como o menor risco de infecção hospitalar e a perda funcional, além de satisfação do paciente; porém parte do gasto oriundo com os cuidados recai sobre a família - daí a preocupação na garantia de medicamentos e insumos básicos para que esse cuidado possa ser realizado no domicílio (BRASIL, 2013, p.44).

- Atendimento domiciliar de média permanência (semanas à meses): esse tipo de atendimento é quando as visitas da equipe de Atenção Domiciliar podem ser diminuídas, como por exemplo, anticoagulação oral, anticoagulação com heparina injetável, feridas, osteomielite, neuropatia do paciente crítico, cuidados domiciliares pós AVC.

- Atendimento domiciliar de longa duração/permanência (meses à anos): esse tipo de atendimento é voltado para pacientes incapacitados, com sequelas de doenças crônicas como as neurodegenerativas. Existem aspectos que são fundamentais para a gestão de cuidados, como a instrumentalização da família que tende a auxiliar no fortalecimento da confiança.

Sobretudo, cabe aqui afirmar que, os cuidados paliativos domiciliares se enquadram nas modalidades de curta à longa permanências, dependendo assim, das características e comorbidades de cada paciente. É preferível que os pacientes que necessitam de cuidados paliativos sejam encaminhados nas últimas semanas de vida, para que realmente haja possibilidade de se criar vínculos, afetividade nessa fase tão difícil que é o final de um ciclo vital. sendo assim, cabe afirmar aqui que, a equipe de cuidado paliativo não faz somente a orientação, mas também as intervenções quando necessário, exemplo alívio de dor etc (BRASIL, 2020).

Quando se trata de Atenção Básica, cabe aqui elencar sobre AD1, AD2 e AD3. Pois sabe-se que o AD1 é destinado a pacientes que apresentam problemas de saúde compensados/controlados e com impossibilidade ou dificuldade física de locomoção até uma USF. E até mesmo pacientes que necessitam de cuidados de menor intensidade, como os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a Atenção Básica (BRASIL, 2020).

Nos casos de AD1, já realizei algumas visitas domiciliares, pois eram pacientes do PSF que trabalho que passaram por cirurgias e necessitavam de alguns cuidados pós cirúrgicos. Inclusive, um paciente do sexo masculino com Acidente Vascular Esquêmico (AVCI).

O AD2 destina-se à pacientes que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma USF e que necessitam de maiores cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diversos serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede Básica. A modalidade AD3 destina-se a pacientes semelhantes aos da AD2, porém, fazem uso de equipamentos específicos.

Em relação ao AD2, prestei atendimentos domiciliados com uma mulher que tinha câncer, na verdade, metástase de coluna. Infelizmente, a perdi há alguns meses. Uma paciente muito batalhadora e que merecia ter vencido essa doença. Já no caso AD3, visitava (antes da Pandemia) em domicílio um senhor de 56 anos de idade que tem Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e que necessita de oxigênio ligado por todo o tempo, por meio da traqueostomia.

Sobretudo, nas modalidades AD2 e AD3, deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. E mediante à tais atendimentos é fundamental considerar que os cuidados paliativos é uma abordagem terapêutica que promove tanto qualidade de vida quanto alívio aos pacientes e também à seus familiares que enfrentam problemas relacionados à doença que tende à ameaçar a continuidade da vida (BRASIL, 2020).

Percebo, meio às minhas visitas domiciliares, a importância de oferecer tais cuidados, que dentre eles estão:

- * Promover o alívio dos sintomas e da dor;
- * Afirmar a vida;
- * Não acelerar e nem adiar a morte;

- ♦ Acolher os familiares;
- ♦ Auxiliar as famílias tanto no progresso da doença quanto no luto;
- ♦ Integrar os aspectos psicológicos, emocionais, ambientais e espirituais no cuidado (BRASIL, 2020).

Portanto, acredito na importância e nos bons resultados que os cuidados paliativos em ambiente domiciliar tende à oferecer aos pacientes, possibilitando assim, continuar em seu contexto social e familiar, receber atenção especializada e qualificada quanto à suporte e orientação.

AÇÕES

O presente projeto tem previstas as seguintes ações:

- ♦ Identificar os idosos;
- ♦ Priorizar os casos mais graves;
- ♦ Capacitar toda a equipe da ESF e os cuidadores;
- ♦ Sistematizar a visita domiciliar de forma a orientar de forma clara e prática os cuidadores dos acamados e domiciliados;
- ♦ Desenvolver um projeto de orientação com a participação de todos os profissionais da ESF;
- ♦ Esclarecer sobre os cuidados específicos para cada paciente;
- ♦ Reconhecer as limitações da Medicina;
- ♦ Evitar, ao máximo, o uso excessivo de tratamentos não adequados;
- ♦ Participar ativamente das decisões em relação aos tratamentos e cuidados;
- ♦ Aliviar a dor e o desconforto;
- ♦ Não enganar;
- ♦ Conservar a individualidade do paciente e seus familiares.

Também será construído para cada usuário um plano de cuidado considerando as necessidades de saúde e em pactuação com os idosos, seus cuidadores e equipe de saúde.

Tal plano de cuidado será acompanhado e monitorado pela própria equipe de saúde.

RESULTADOS ESPERADOS

Como resultados esperados, este projeto tem:

- * Adequação do cuidado com os usuários acamados;
- * Conhecimento por parte da equipe e dos cuidadores sobre a patologia e suas implicações;
- * Fortalecimento dos vínculos com os acamados;
- * Fortalecimento dos cuidadores tanto em relação à busca da rede de apoio quanto em relação ao autocuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Modalidades de Atenção Domiciliar**. Disponível

em:

www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar Acesso em: 18 Mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il.

Disponível em

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

>. Acesso em 30 Mar. 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.