



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Lubiana Aparecida Sousa Almeida

A Visita Domiciliar (VD) como estratégia de
organização e qualidade no atendimento.

Florianópolis, Abril de 2017

Lubiana Aparecida Sousa Almeida

A Visita Domiciliar (VD) como estratégia de organização e
qualidade no atendimento.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Lubiana Aparecida Sousa Almeida

A Visita Domiciliar (VD) como estratégia de organização e
qualidade no atendimento.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O trabalho foi desenvolvido a partir da experiência na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Cidade Jardim, localizado em São José dos Pinhais, região metropolitana de Curitiba, Paraná. O tema Visita Domiciliar (VD) foi escolhido para a intervenção a partir da observação de duas deficiências passíveis de serem corrigidas: as faltas de agenda para organização da VD e de informações sobre os pacientes; entendemos que temos governabilidade para resolução do problema. A VD é um momento em que a equipe e o paciente estão mais próximos e há um vínculo mútuo de confiança e afeto. É um momento em que são compartilhadas informações importantes para toda a família sobre o paciente e suas necessidades. Desta forma, o objetivo é planejar e organizar o atendimento aos pacientes de visitas domiciliares. Criaremos tabelas no Microsoft Office Excel 2007, com informações sobre a doença que determinou aquele paciente como alvo de VD, comorbidades, medicamentos em uso, situação do paciente (acamado, cadeirante, deambula), data da última e da próxima. Outras tabelas menores poderão ser criadas segundo a necessidade. Através dessa estratificação pretendemos aprimorar as VD com ênfase na prevenção de complicações, orientações dietéticas, promover a adesão ao tratamento, além de facilitar a reabilitação dos pacientes, encaminhando-os aos serviços de fisioterapia e fonoaudiologia. Destacamos também a importância das orientações fornecidas ao paciente e cuidadores sobre sua doença, principalmente daquelas com perda função cognitiva e de capacidades de atividades diárias. Fortaleceremos os cuidados com os pacientes acamados e cadeirantes a fim de prevenir e cuidar de úlceras de pressão, fazendo visitas mais frequentes a esse grupo de pacientes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Visita domiciliar, Planejamento em saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é desenvolvido a partir da experiência na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Cidade Jardim, localizado em São José dos Pinhais, cidade integrante da região metropolitana de Curitiba, capital do Paraná.

O bairro tem cerca de 11.000 habitantes e 3400 domicílios (IBGE, 2010). No bairro temos como área de risco social, locais de aglomerações de usuários de drogas, o que está comum em muitas cidades próximas. A área de risco ambiental fica nas mediações do rio Iguaçu, e é assim considerada devido as enchentes. A maioria dos habitantes é alfabetizada, e dispõe de água potável, esgoto, asfalto, luz. Moram em prédios ou casas de alvenaria, alguns mais antigos ainda residem em casas de madeira. A rotina da UBS consiste em atender a livre demanda pela manhã e a tarde grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças mentais e puericultura, além de fazer visitas domiciliares. Além disso uma vez por mês a secretaria de saúde de São José dos Pinhais promove cursos de capacitação e aperfeiçoamento para profissionais da UBS. As queixas mais comuns dos pacientes são infecções das vias aéreas, artralguas, mialgias, náuseas e vômitos, cefaléias. As doenças mais comuns são a hipertensão arterial, diabetes mellitus, artrites e artroses, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica e os agravos ligados a essas doenças. A partir da análise da realidade vivida pela Equipe Vital Saúde, da qual faço parte, observou-se duas deficiências nas visitas domiciliares: a primeira foi a falta de uma agenda de organização das visitas domiciliares segundo as necessidades de cada paciente ou de cada grupo de pacientes. A segunda foi a falta de informações sobre o grupo de pacientes aos quais são feitas visitas domiciliares; consideramos que é uma deficiência da equipe passível de ser corrigida, sobre a qual temos governabilidade para resolução do problema e melhor atendimento aos nossos pacientes que necessitam de visitas domiciliares. Conhecemos a realidade do paciente A ou B, mas não somos capazes de agrupá-los segundo suas comorbidades ou quantificá-los segundo características comuns. Não sabemos quantos pacientes são estritamente acamados, quantos revezam-se entre a cama e a cadeira de rodas ou quantos possuem simplesmente uma dificuldade de locomoção. Desconhecemos também quantos são diabéticos, hipertensos ou têm outras doenças, porém sabemos que muitos deles ficaram restritos ao leito devido ao mal de Alzheimer. Entendemos que a visita domiciliar é um momento em que a equipe e o paciente estão mais próximos e o fato de a equipe ser recebida na casa do paciente cria um vínculo mútuo de confiança e afeto. É um momento muito importante em que são compartilhadas limitações do paciente, os problemas dos cuidadores, os conflitos familiares e onde são dadas orientações aos cuidadores até nas pequenas coisas. Compreendemos que ao conhecer detalhes do grupo de pacientes de visitas domiciliares podemos saber quais são suas maiores necessidades e agir de modo a prevenir que o paciente desenvolva comorbidades passíveis de preven-

ção, além de atuar na cooperação e apoio aos cuidadores. Os integrantes da Equipe Vital Saúde concordam que o projeto trará benefícios aos nossos pacientes e a seus cuidadores, contribuindo para a melhora no atendimento a ambos. Justifica-se esse trabalho de equipe, pois, assim poderemos planejar melhor as visitas domiciliares, agendando as datas segundo o grau de atenção que o paciente necessita. O planejamento poderá ser feito de forma mais eficiente a partir do momento que conseguirmos identificar os pacientes que usam medicamentos controlados que precisam ser renovados a cada 60 dias, aqueles que têm úlceras de pressão que precisam ser avaliadas semanalmente, o grupo que está em situação de vulnerabilidade social e sua visita deverá ser feita em conjunto com representantes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), há ainda os pacientes que devem ser visitados conjuntamente membros com o Centro de Atendimento Psicosocial (CAPS) devido a dependência química. Há ainda visitas que requerem a intervenção de enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas em conjunto com a equipe básica da visita domiciliar.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Planejar e organizar o atendimento aos pacientes de visitas domiciliares

2.2 Objetivos específicos

- Agrupar os pacientes das visitas domiciliares em grupos, segundo suas doenças de base;
- Organizar a agenda de visitas domiciliares, segundo a necessidade de cada paciente ou de cada grupo de pacientes;
- Otimizar a visita domiciliar, trabalhando com prevenção de comorbidades;
- Integrar a equipe de visita domiciliar com outros profissionais de saúde, CAPS, CRAS conforme a necessidade de cada paciente;
- Prestar maior apoio e suporte aos cuidadores.

3 Revisão da Literatura

A Atenção Básica (AB) é muito mais que cuidar do indivíduo, é cuidar do todo o contexto familiar: alimentação, higiene, relacionamento interpessoal, estrutura habitacional. Abrange também a observação dos problemas que são comuns à comunidade de atuação, apoiando lideranças comunitárias na busca de soluções a problemas comuns a todos tais como: disponibilidade de escolas e creches, segurança da comunidade, acesso a água tratada e esgoto. Enfim, a Equipe da Saúde da Família (ESF) procura entender o contexto onde o indivíduo vive para desta forma conseguir realizar as ações de saúde que compõe a atenção básica. A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Dentre as diversas funções da ESF destacamos a importância da Visita Domiciliar (VD) a pacientes acamados ou impossibilitados de comparecer à unidade básica de saúde (UBS) pelos mais diversos motivos: limitação de locomoção temporária, idosos, pacientes com comorbidades que necessitam de repouso, pacientes que apresentam resistência em comparecer à UBS e assim necessitam de busca ativa. Assim, no contexto do PSF, a visita domiciliária constitui-se de 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 responsabilidade (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). É importante ainda lembrar, como destacado por Garcia e Teixeira (GARCIA; TEIXEIRA, 2017) que a visita domiciliar abrange também o controle da tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial onde faz busca ativa aos pacientes faltosos; compreende também a saúde da criança imunizando os que não compareceram na UBS, é também um método usado pela saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atua cadastrando famílias, promove a vigilância epidemiológica buscando comunicantes de doenças de notificação compulsória. Devemos ainda destacar que a VD pode estar inclusa na rotina de assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos e agentes comunitários de saúde.

A VD configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extraunidade de saúde e no espaço do poder do paciente. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, aco-

lhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, 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 (ANDRADE et al., 2014). O fato de o paciente estar em seu domicílio, perto de seus pertences, familiares e animais de estimação traz uma tranquilidade e segurança, onde ele ou seus cuidadores conseguem expressar melhor suas necessidades, seus sintomas. Ainda a equipe de saúde consegue ter uma visão do contexto familiar e dos cuidados são prestados ao paciente, e também observar detalhes que podem fazer toda a diferença no prognóstico do paciente, como o uso de colchões adequados para pacientes restritos ao leito, mudança de decúbito e cuidados de higiene. A ESF também tem a oportunidade de conversar com os cuidadores, muitas vezes ausentes nas consultas da UBS, prestando apoio e suporte a essas pessoas que por vezes sofrem mais que o paciente, ao ver seu ente querido doente. Outras vezes são cuidadores contratados pelas famílias, e necessitam de esclarecimentos sobre os cuidados que devem ser realizados com o paciente, os sinais de alerta de piora do quadro e o prognóstico.

Historicamente, a VD já é relatada deste a antiguidade.

Na Grécia (443 a.C.) já encontramos relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo.(LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Essa tendência se manteve ao longo dos tempos, permanecendo o costume dos profissionais de saúde frequentarem a residência de seus pacientes.No Brasil, em 1918, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, fundada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923. No ano de 1920, foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. Com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade.(LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) no estado do Paraná 56,2% das residências são cadastradas na USF, valor que está dentro da média encontrada para as demais regiões do Brasil: 54,16%. Outro dado importante concluído pela mesma pesquisa é que 100% das residências cadastradas recebem visita domiciliar mensal (IBGE, 2010).

Estudos foram realizados por Feuerwerker e Merhy (2008) relatando experiências de atenção domiciliar desenvolvidas no âmbito do SUS nos municípios de Sobral (Estado do Ceará), Belo Horizonte(Estado de Minas Gerais), Rio de Janeiro (Estado do Rio de Janeiro), Marília (Estado de São Paulo) e Londrina(Estado do Paraná). Em todos os municípios (exceto Sobral), o serviço de atenção domiciliar havia sido criado com o objetivo

de evitar ou abreviar a internação hospitalar e também de ampliar a autonomia (dos usuários e das famílias), particularmente nas situações de restrição crônica ao leito ou de uso contínuo de medicamentos ou equipamentos como concentradores de oxigênio, sondas e cateteres. Em todos os casos, os serviços garantiam aos usuários o fornecimento de medicamentos, materiais para curativo, sondas, cateteres e, quando necessário, o acesso a equipamento como respiradores e aspiradores. As equipes atuam particularmente em cuidados paliativos, cuidado domiciliar a pacientes com AIDS, acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros, acompanhamento de acamados crônicos, antibioticoterapia endovenosa para completar tratamento de infecções agudas. Em Londrina, Estado do Paraná, existe uma equipe especializada em cuidados paliativos, havendo um trabalho sistemático para apoiar a família na decisão de manter em casa os pacientes em fase terminal. Todos os serviços apresentam resultados clínicos muito positivos, bastante bem documentados.

Para a realização da VD é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. A VD deve ser planejada com cuidado para produzir impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos: a equipe deve conhecer todos os pormenores de cada um de seus pacientes que recebem VD, assim como de seu contexto familiar, a visita deve ser agendada com antecedência para que o paciente e seus familiares se organizem para receber a visita. Durante a VD ESF deve estar bem preparada para encontrar diversas situações onde são bem recebidos em alguns domicílios e em outros são encarados como intrusos, nestes o cuidado deve ser maior para que essa barreira seja quebrada e a interação equipe-paciente-família seja estabelecido, a equipe também deve ter um olhar atento para identificar problemas familiares que possam estar presentes nesta situação ou até mesmo situações de conflito familiar. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (ANDRADE *et al.*, 2014). É muito importante que todos os procedimentos realizados na visita domiciliar sejam registrados nos prontuários físicos e/ou eletrônicos do paciente, o que certamente será útil para toda a equipe no aprimoramento dos cuidados e das orientações. A auto avaliação da ESF deve ser constante a fim de que sejam aprimoradas técnicas e procedimentos.

O agrupamento de pacientes, segundo a doença de base é útil para a organização da VD, pois torna possível que as visitas sejam feitas a um determinado grupo de pacientes que têm características em comum no mesmo dia. Isso facilita o preparo de materiais que serão levados na VD, a preparação da ESF que será escalada para aquele dia de visita, além disso a ESF pode se atualizar através de estudos para sanar dúvidas dos familiares e cuidadores.

Os cuidadores também merecem destaque: têm uma rotina extenuante de cuidados ao acamado ou ao idoso, passam por situações novas em suas rotinas e muitas vezes com as quais não sabem lidar, desconhecem dados sobre a doença do paciente, sua evolução

e possíveis comorbidades, além disso, sofrem pressão de familiares do paciente. Estudos realizados em âmbitos nacional e internacional revelam que a maior parte do cuidado domiciliar é realizada pelas mulheres. O papel da mulher cuidadora na família é normativo, sendo esperado que tal função seja por ela assumida (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Esses cuidadores, na maioria mulheres, sofrem diante de todas as situações a que são submetidas voluntária ou involuntariamente, situação onde são praticamente obrigadas pela família e pela sociedade a abandonar sua rotina, seu lar, e até mesmo seu emprego para cuidar de seus parentes acamados ou idosos. Isso gera angústia, depressão e insegurança o que pode e deve ser conduzido pela ESF fornecendo suporte psicológico e por vezes até medicamentoso a essas pessoas.

Diante disso a proposta desse trabalho é organização da rotina das visitas domiciliares, agrupamento dos pacientes segundo suas doenças de base, prevenção de comorbidades, integração profissional e prestação de assistência e orientação aos cuidadores atendidos pela Equipe Vital Saúde de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Cidade Jardim, município de São José dos Pinhais- PR

4 Metodologia

O presente trabalho tem como público alvo os pacientes acamados ou impossibilitados de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS) pelos mais diversos motivos: limitação de locomoção temporária, idosos, pacientes com doenças e limitações que necessitam de repouso, ou seja, pacientes que necessitam de visita domiciliar para atendimento, tratamento e recuperação.

A intenção da equipe de saúde é organizar os prontuários destes pacientes, pois atualmente, os prontuários físicos estão organizados em um fichário, por ordem alfabética. Os prontuários eletrônicos estão disponíveis no Sistema Winsaúde, utilizado pelo município de São José dos Pinhais. Iremos organizar os nomes dos pacientes numa tabela Microsoft Office Excel 2007, uma linha por paciente e nas colunas irá contemplar os seguintes itens:

- Doença principal (aquela que levou o paciente a situação de receber visita domiciliar)
- Comorbidades
- Medicamentos em uso
- Necessidade de uso de fraldas geriátricas
- Situação atual do paciente (acamado, deambula com dificuldade, cadeirante)
- Última visita domiciliar
- Próxima visita domiciliar agendada
- Agente Comunitário de Saúde responsável pela área de moradia do paciente
- Cuidador necessita de atenção especial (sim/não)
- Descrição do contexto social, familiar.

A tabela será organizada nas dependências da sala da Equipe Vital Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Cidade Jardim, município de São José dos Pinhais- PR e contará com a participação de toda a equipe no seu desenvolvimento: enfermeira, médica e ACSs.

A intervenção será realizada também nos domicílios dos pacientes, onde pretendemos aprimorar a qualidade do atendimento, o agendamento das visitas e a atenção ao cuidador. O aprimoramento dos atendimentos domiciliares será conquistado a medida que conseguirmos elaborar uma agenda de visitas segundo as necessidades dos pacientes como renovação de receitas, reavaliação de feridas e outras necessidades especiais, como agudização de quadros. A agenda também terá um espaço para que as possíveis instabilidades dos pacientes apresentem, o que será relatado pelos cuidadores ou pelos ACS's.

Otimizar a visita domiciliar, trabalhando com prevenção de comorbidades como orientações visando a prevenção de úlceras de pressão, os cuidados alimentares referentes as doenças apresentadas pelo paciente a fim de evitar surgimento de complicações. Pretendemos organizar a Equipe de Saúde de modo que o ACS se integre mais a ela e que os dados apresentados por eles nas reuniões da equipe sejam traduzidos em genogramas,

onde possa diferenciar por cores a qualidade dos cuidados familiares dispensados ao paciente sob o ponto de vista da equipe . Pretende-se também aprimorar o atendimento das necessidades individuais dos pacientes e seus cuidadores:orientações, esclarecimentos sobre a doença e sua evolução natural, reconhecimento dos momentos de otimizar as medicações, encaminhar os pacientes aos serviços de recuperação de suas capacidades de cuidados diários como fonoaudiologia, fisioterapia.

Integrar a equipe de visita domiciliar com outros profissionais de saúde, CAPS, CRAS conforme a necessidade de cada paciente. Prestar maior apoio e suporte clínico aos cuidadores, atendendo suas queixas, orientando sobre cuidados com sua postura, a necessidade do descanso diário, a importância de manter a qualidade do seu sono, alimentação. Orientaremos também sobre a importância do apoio ao cuidador e a alternância do cuidado, para que o cuidado não se torne um outro doente durante o processo.

Esta ação será toda coordenada pela equipe de saúde e tem previsão de início para abril de 2017.

5 Resultados Esperados

Os prontuários dos pacientes de VD da Equipe Vital Saúde da UBS Cidade Jardim, município de São José dos Pinhais – PR encontravam-se disponíveis em prontuário eletrônico disponibilizado pela prefeitura no programa Winsaúde e em forma física organizados em um fichário por ordem alfabética.

Foram ordenados, também em ordem alfabética, utilizando o Programa Microsoft Excell em três arquivos: um com os pacientes nos quais são feitas VD frequentemente. Em outro arquivo constam os pacientes falecidos. Ainda num terceiro arquivo aqueles pacientes que mudaram de endereço, e conseqüentemente, de UBS ou que se encontravam em situação provisória de VD e agora não necessitam mais desta forma de atendimento, seja por terem recuperado sua saúde, seja porque eram cuidadores de pacientes já falecidos e que agora podem ser atendidos dirigindo-se a UBS.

Encontramos um total de 62 pacientes: sendo que 45 necessitam de VD efetivas, 7 pacientes já falecidos e 10 correspondentes àqueles que não necessitam mais de VD pelos motivos supra citados.

Os prontuários dos pacientes falecidos foram direcionados para arquivo próprio. Os pacientes que dispensaram a VD foram colocados em arquivos de atendimento regular. Restaram-nos 45 pacientes para trabalharmos efetivamente, destes 14 são do sexo masculino e 31 do sexo feminino.

Dos 45 pacientes de VD, vinte e quatro têm complicações relacionadas à Hipertensão Arterial Periférica (HAS): complicações renais, cerebrais (Acidente Vascular Cerebral – AVC) e cardíacas são aquelas prevalentes no nosso grupo de VD, sendo as sequelas de AVC responsáveis por mais da metade, dezesseis no total, do motivo da VD a esse grupo de pacientes.

Dez estão nesta situação devido a problemas neurológicos: 1 por correção de espinha bífida mal sucedida, 1 devido a paralisia cerebral ao nascimento, 1 por sequelas de traumatismo crânio encefálico, 1 devido a polineuropatia não especificada, 1 por seqüela de fratura de coluna, 1 relacionado a demência não especificada, 4 por doença de Alzheimer em vários estados de evolução.

Observamos oito pacientes acamados pelas diversas complicações de Diabettes Mellitus (DM): neuropatia, amputação de membros devido ao pé diabético, perda da visão.

Os dois pacientes acamados por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) estão em diferentes estágios da doença, um devido à dispnéia aos pequenos esforços e outro devido à dependência de oxigênio 24 horas por dia.

Um paciente encontra-se em situação de limitação de deambulação devido ao abuso de álcool e drogas que levou a diversas complicações neurológicas, anemia e sequelas de fraturas.

Outros dados retirados do estudo: 15 destes pacientes são acamados ou cadeirantes, 18 pacientes usam medicamentos antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor, oito pacientes também são portadores de HAS além de sua doença base.

Observamos a prevalência de HAS como principal causa evitável de restrição ao leito e situação de limitação de deambulação. Outro fator estreitamente relacionado a essas comorbidades é a DM, também em número expressivo nesse estudo, e igualmente uma causa evitável de complicações cardiovasculares, renais e cerebrais.

Através dessa estratificação pretendemos aprimorar as VD realizadas pela nossa equipe, com ênfase na prevenção de outras complicações nos pacientes com HAS ou DM além daquelas já apresentadas, melhorar as orientações fornecidas sobre sua doença, atentar às orientações dietéticas, promover a adesão ao tratamento. Iremos também promover a reabilitação dos pacientes já com sequelas, encaminhando-os com prioridade aos serviços de fisioterapia e fonoaudiologia.

Haverá um suporte diferenciado aos cuidadores dos pacientes com mal de Alzheimer, todos filhos desses pacientes, que sofrem com a evolução natural da doença em seus pais/mães. Além disso, observamos uma falta de conhecimento em relação à doença e reações de medo e desespero a cada perda de capacidade cognitiva ou de cuidados diários que os pacientes apresentam. Eles merecerão uma frequência maior de visitas e os cuidadores serão orientados sobre a doença de seus entes queridos e terão atenção diferenciada e a visita estendida para que todas as suas dúvidas sejam respondidas e seus sofrimentos sejam amenizados na medida do possível.

Promoveremos a saúde física e mental dos cuidadores, através da prevenção de doenças, aconselhamentos sobre revezamento com outros familiares nos cuidados com o paciente e atenderemos às suas queixas quando necessário.

Pretendemos também manter em dia a renovação das receitas dos medicamentos de uso contínuo destes pacientes e melhorar a adesão ao tratamento proposto, através da organização rigorosa de uma agenda e o seu cumprimento segundo a necessidade.

Teremos também um cuidado com os pacientes que utilizam medicamentos antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor. Principalmente o uso de benzodiazepínicos por idosos será desestimulado. Estudaremos a substituição desta classe de medicamentos por outros com efeitos semelhantes e com menos riscos de efeitos colaterais nessa faixa etária.

Aprimoraremos nossa atenção para com os pacientes acamados ou cadeirantes, pois há um grande risco de desenvolvimento de úlceras de pressão neste grupo, seu surgimento é prevenível através de cuidados de hidratação da pele, mudança periódica de decúbito, cuidados de higiene. Para os pacientes que já desenvolveram essa complicação a VD será mais frequente a fim de avaliar a evolução das úlceras e o risco de possíveis infecções secundárias. Esses pacientes serão enviados com prioridade à atenção secundária caso nossos cuidados não sejam efetivos sobre a melhora de seus quadros clínicos.

Estendendo esse estudo para nossa rotina na UBS compreendemos melhor qual é a principal causa de complicações nos nossos pacientes, a HAS. Deste modo podemos aprimorar a atenção aos portadores de HAS, melhorar a adesão medicamentosa e as medidas preventivas.

Referências

- ANDRADE, A. M. et al. . visita domiciliar: ValidaÇÃo de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivÍduos e das famÍlias. *Revista Epidemiologia e ServiÇos de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 165–175, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- BRASIL, M. D. S. D. *Política Nacional de Atenção Básica - PNAB*. 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 01 Fev. 2017. Citado na página 13.
- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29–34, 2010. Citado na página 16.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuiÇÃo da atenÇÃo domiciliar para a configuraÇÃo de redes subs- titutivas de saÚde: DesinstitucionalizaÇÃo e transformaÇÃo de prÁticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 3, p. 180–188, 2008. Citado na página 14.
- GARCIA, I. F. da S.; TEIXEIRA, C. P. *VISITA DOMICILIAR: UM INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO*. 2017. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.edu.br>>. Acesso em: 01 Fev. 2017. Citado na página 13.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Dados populacionais*. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 Mai. 2010. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 14.
- LOPES, W. de O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: Tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 241–247, 2008. Citado na página 14.
- SANTOS, E. M. dos; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetÓria histÓrica da visita domiciliÁria no brasil: Uma revisÃo bibliogrÁfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 220–227, 2008. Citado na página 13.