



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JONAS AKILA MORIOKA

CUIDANDO DOS CUIDADORES: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL AOS PACIENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR
ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

SÃO PAULO
2020

JONAS AKILA MORIOKA

CUIDANDO DOS CUIDADORES: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL AOS PACIENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR
ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

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: IEDA CARLA ALMEIDA DOS SANTOS DE SOUZA PASTANA

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este projeto de intervenção foi elaborado a partir da observação de vários problemas biopsicossociais dos cuidadores em relação ao atendimento, e, conseqüentemente, da assistência fragilizada prestada aos pacientes visitados. Foi elaborado uma sistematização da assistência para uma metodologia de atuação com melhora da VD, cuidando dos cuidadores que estavam sobrecarregados nesta função. A sistematização constou desde cuidar da saúde física e mental dos cuidadores até a realização da educação em saúde e apoio técnico aos cuidadores para o estímulo à autonomia nas atividades de vida diárias e manejo adequado dos pacientes através de treinamento específico, incluindo até o encaminhamento das urgências e transporte, para melhorar o suporte aos cuidadores e pacientes. Foi observada uma melhora no manejo e trabalho dos cuidadores em relação aos doentes, porém, devido às transformações no processo de trabalho da unidade, advindas pelo enfrentamento à pandemia do Coronavírus, não foi possível aplicar um método validado para avaliação da sobrecarga do cuidador após a implantação do plano de cuidados elaborado. Entretanto, foi possível perceber, de maneira empírica, uma melhora da sobrecarga desses cuidadores.

Palavra-chave

Visita Domiciliar. Equipe Multiprofissional. Cuidador. Consulta Domiciliar. Capacitação Profissional. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acolhimento.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O local de atuação se situa na região da grande São Paulo, no município de Itapevi; a unidade onde atuo está situado numa comunidade chamada Vitápolis com população aproximada de 22 mil pessoas e o modelo assistencial é de USF. A população é de baixa renda e com mais ou menos 12 mil pessoas cadastradas na USF, são três equipes de ESF para atender esta população somando com um pediatra, um GO e dois clínicos gerais estatutários. Quanto a infraestrutura, 70% da comunidade é servida de rede de água; a estrutura de saneamento deixa a desejar por atingir apenas 20% de rede de esgoto e 90% da população conta com a rede elétrica. O transporte urbano apresenta uma cobertura relativamente aceitável e com a estrutura de escola e cultura dita satisfatória.

Os cuidados domiciliares nesse território são importantes pois nem todos têm condições de acesso a nossa USF, e são 18 pacientes atendidos por mim em domicílio, com grau AVD 1 e 2. São todos idosos, geralmente com sequelas decorrentes de AVC, portadores de hipertensão arterial, diabetes e doenças neurológicas degenerativas.

O que me motivou a criar o projeto foi a observação de certos problemas na vigência dos atendimentos domiciliares: o péssimo cuidado do usuário ou doente; ignorância de problemas enfrentados por parte dos cuidadores e familiares; a inoperância e despreparo dos cuidadores, familiares e ACSs (FIGUEIREDO, 2008); o estado de cuidadores que com sobrecarga de funções estavam adoecidos (SEIMA, 2011); a falta de sistematização do atendimento domiciliar.

O objetivo geral do trabalho é melhorar as condições dos pacientes em atenção domiciliar e dos seus familiares e cuidadores. Os objetivos específicos são:

✦

Promover a educação em saúde e apoio técnico aos cuidadores para autonomia nas atividades de vida diárias

✦

Realizar a sistematização da assistência

✦

Qualificar o encaminhamento aos serviços especializados.

ESTUDO DA LITERATURA

As equipes de saúde da Atenção Básica têm como responsabilidade atender os indivíduos conforme suas necessidades em saúde, e com base no princípio da territorialização, promover a atenção à saúde de todas as pessoas e famílias adscritas (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a atenção domiciliar é, de acordo com Brasil (2012), constitui parte inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, que deverão identificar os usuários que necessitam dessa modalidade de atenção, organizar o processo de trabalho para agregar tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar, incluindo discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família (BRASIL, 2012).

Além disso, a atuação das equipes de saúde da atenção básica também tem um papel fundamental para fortalecer a rede de apoio formal ou informal dos familiares e cuidadores, para promover a qualidade de vida e saúde aos usuários e seus cuidadores, outro aspecto importante que essas equipes podem contribuir refere-se à qualificação dos cuidadores no desenvolvimento de habilidades para realizar funções específicas relacionadas aos cuidados diários dos pacientes e ao estímulo do autocuidado (BRASIL, 2012).

Estudos mostraram que os cuidadores estão submetidos a uma sobrecarga, independente do grau de gravidade das doenças que o paciente se encontra, e revelam também que quanto mais os cuidadores apresentarem problemas biopsicossociais mais intensa é a sobrecarga sentida por eles (FIGUEIREDO; SOUZA 2008).

Outro fato relevante, que auxilia na compreensão desse fenômeno, foi notado no decorrer da implantação do projeto, assim como, no estudo da literatura, é que, quanto mais tempo os cuidadores passavam com o paciente, convivendo no ambiente familiar e exercendo várias funções domésticas, mais se agravava o estado da percepção do desgaste e estresse crônico, piorando assim o seu estado clínico psicológico (SEIMA; LENARDT, 2011).

A literatura demonstra que ao oferecer suporte técnico e apoio estrutural aos cuidadores, a sobrecarga e o estresse crônico deles melhoravam, tanto no seu aspecto psicológico, como no tocante ao estresse provocado no manejo do paciente, diminuindo a sua insegurança em relação ao trabalho que realizava (SILVEIRA et al, 2006).

Dentre as formas de avaliar a sobrecarga sentida pelo cuidador, destaca-se o teste Zarit, também denominado como Escala de Sobrecarga do Cuidador, este é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e a partir de informações relacionadas à saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e sobre o tipo de relacionamento (SEQUEIRA, 2010).

AÇÕES

POPULAÇÃO DO ESTUDO:

1) A escolha dos cuidadores e doentes foi baseada na classificação do Ministério da Saúde para AD, no caso especificamente AD1.

2) Na sequência, os cuidadores foram divididos em duas categorias:

a) os profissionais (cuidadores escolhidos pelos familiares e pagos para exercer a função);

b) os cuidadores voluntários (familiares, amigos que por motivo de força maior foram engajados para a função ou disposição própria). Inicialmente foram incluídos neste projeto os cuidadores do grupo B, pois todos tinham problemas graves emocionais devido a sua intimidade com o doente, somando a sobreposição de funções como afazeres particulares, domésticos, sociais e de trabalho com a obrigação de exercer a função de cuidador.

3) Montagem da equipe técnica, de logística e de suporte:

a) a equipe técnica de campo foi constituída de médico, enfermeira e ACS

b) a equipe logística: SAMU

c) a equipe de apoio e suporte constituída de médicos especialistas, assistente social, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas.

MÉTODOS E AÇÕES

1) Localizados os cuidadores e usuários com as características descritas acima, realizamos com a equipe um levantamento do local, sobre a situação de saúde dos pacientes em AD1, sendo a avaliação discutida posteriormente entre os membros da equipe. Concomitantemente, foi realizada uma avaliação da assistente social para cada caso.

2) Estabelecida a família escolhida levantávamos os problemas (qual a doença, suporte material necessário, avaliação dos cuidadores e familiares).

3) A sistematização da assistência ocorreu por meio da organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família, com enfoque na atuação dos profissionais médico e enfermeira da equipe para a gestão da clínica, com a participação dos profissionais especialistas de suporte já citados. O plano de cuidado foi definido quanto à:

a) necessidade de atualização de exames complementares (coordenados por enfermeira, ACS e cuidador)

b) atualização técnica (com aprendizado de manejos do curativo complexo, colostomia, gastrostomia, fisioterapia no leito, etc) foi realizada pelo especialista através de curso de capacitação rápida à equipe da Atenção Básica, e durante a visita compartilhada entre as duas equipes, foi possível orientar os cuidadores sobre cuidados específicos e exercícios diários que deveriam ser realizados para a promoção do autocuidado e o estímulo da autonomia dos pacientes e/ou cuidadores na realização das atividades de vida diária (AVD). O monitoramento da adesão dos cuidadores ao plano de cuidados prescritos foi realizada por meio das visitas domiciliares programadas pela equipe de saúde.

c) atualização e acolhimento do estado de saúde dos cuidadores: todos passavam numa consulta clínica para avaliação clínica e laboratorial, com posterior acompanhamento em consultas periódicas, orientações e indicação de especialistas; além de terapia psicológica para lidarem com a situação do desgaste emocional.

d) montagem e manejo administrativo quanto à folgas: treinamos um segundo membro da família como folguista do cuidador principal, assim como conjuntamente decidimos a periodicidade das visitas.

e) sistematização dos encaminhamentos de urgência: construímos um manual em conjunto com os cuidadores para situações de urgência e emergência apontando a forma do transporte, local onde seria encaminhado de acordo com a problemática apresentada.

f) suporte aos cuidadores através de livre trânsito com as equipes, marcado via ACSs.

4) Classificação de Eventos: fizemos uma classificação através de vários eventos e dividimos em quatro situações:

a) evento de óbito e acolhimento pós óbito.

b) fase final do doente com instrução aos cuidadores.

c) doenças crônicas com evolução contínua e progressiva com piora do quadro e classificado como paliativo, além de instruções oferecemos apoio psicológico aos cuidadores.

d) doenças crônicas com quadros estáveis e estacionados com manutenção constante dos cuidados específicos (colostomizados, gastrotomizados, etc) e disponibilizando materiais continuamente.

PARTICULARIDADE

Devido a reforma de não podermos contar com espaço físico necessário, partimos para a orientação individual in loco e na USF, futuramente a ideia é montar grupos educativos para os cuidadores com casos semelhantes para podermos atender e orientar com maior abrangência de casos.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação deste projeto, foi observado uma melhora no manejo e trabalho dos cuidadores em relação aos doentes. Ao compartilhar os conhecimentos e técnicas necessárias aos cuidados diários dos pacientes em atenção domiciliar (AD1), houve uma melhora na confiança e manejo por parte dos cuidadores. Ao sistematizar o plano de cuidados incluindo a utilização adequada dos recursos da rede de atenção, cujo objetivo foi melhorar a orientação e retirar a sobrecarga de trabalho e stress dos cuidadores, houve uma significativa melhora no reconhecimento e transferência dos doentes em situações críticas e de urgência.

Quanto à avaliação e o acompanhamento clínico dos cuidadores, vem sendo implantados com uma certa dificuldade, uma vez que o ponto crítico tem sido a demora no atendimento de especialidades e no recebimento de resultados laboratoriais e de imagem.

Devido às transformações no processo de trabalho da unidade, advindas pelo enfrentamento à pandemia do Coronavírus, não foi possível aplicar um método validado para avaliação da sobrecarga do cuidador após a implantação do plano de cuidados elaborado. Entretanto, foi possível perceber, de maneira empírica, uma melhora da sobrecarga desses cuidadores. Assim, para melhor desenvolvimento do trabalho, acreditamos que deveríamos, posteriormente, introduzir uma maneira de mensurar esta melhora, de acordo com alguns testes cientificamente validados, como a Escala de Zarit.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, V.2, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

FIGUEIREDO, D.; SOUZA, L. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 26, Nº 1, janeiro/junho, 2008. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95293/1/02.pdf>

SEIMA, M.D; LENARDT, M.H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9901/7341>

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**. V. 2, n. 12, p. 9-16, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

SILVEIRA, T.M. et al. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1629-1638, ago, 2006.