

*ATENDIMENTO À UNIDADE FAMILIAR DO
IDOSO: EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR*

Claudia Maria Corrêa Cardoso¹
Daielle Marion²
Francisca Maria Assmann Wichmann³
Greice Luzzi⁴
Lisianne Brittes Benitez⁵
Marcelle Franco⁶
Nestor Pedro Roos⁷
Silvia Virginia Coutinho Areosa⁸
Túlio Brandt⁹

1 Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC, Bolsista PIBIC-CNPq. E-mail: claudia_cardoso2008@yahoo.com.br

2 Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC, Bolsista PUIC-UNISC. E-mail: daiellemarion@yahoo.com.br

3 Docente do departamento de Nutrição da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Dra. em Desenvolvimento Regional pela UNISC. Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Nutrição. E-mail: francis@unisc.br

4 Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC. E-mail:greiceluzzi@yahoo.com.br

5 Docente do departamento de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Doutora em Microbiologia Agrícola e do Ambiente pela UFRGS, E-mail: lisianne@unisc.br

6 Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC. E-mail: cellegringa@gmail.com

7 Docente do departamento de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: Inroos@unisc.br

8 Docente do departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Dra. em Serviço Social pela PUCRS, Editora da Revista Barbarói. E-mail: sareosa@unisc.br

9 Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC. E-mail: popota_brandt@hotmail.com

r e s u m o

A proposta deste trabalho é relatar a experiência do atendimento domiciliar à população idosa realizado por um grupo de acadêmicos e professores de cursos da área da saúde no Programa Terceira Idade da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC. O atendimento domiciliar teve como objetivos proporcionar uma assistência humanizada e integral e estimular a maior participação do idoso e de sua família no tratamento proposto. Uma interação maior entre paciente-família-equipe foi observada a partir do atendimento domiciliar, sem a formalidade característica dos serviços de saúde.

palavras-chave

Atendimento Domiciliar. Equipe Multidisciplinar. Promoção do Envelhecimento Saudável.

1 Introdução

O atendimento domiciliar compreende uma gama de serviços realizados no domicílio, destinados ao suporte terapêutico do paciente e inclui desde cuidados pessoais do cotidiano, até cuidados com a medicação e rede de apoio para outras medidas terapêuticas (MARTINS *et al.*, 2009). A participação de acadêmicos de Instituições de Ensino Superior como estagiários neste tipo de atendimento prepara-os para os aspectos técnicos e éticos envolvidos na questão, capacitando-os para atender este mercado, que cresce a cada dia no país.

O cuidar e o acolher as pessoas que necessitam de algum tipo de atenção especial não é uma atividade recente. No Brasil, a valorização do contexto familiar e comunitário como espaço de atendimento surge nos anos sessenta, mas é nos anos noventa que as novas tendências na assistência domiciliar, incorporando um conceito mais amplo de Saúde da Família, expandiram-se para todos os estados, com o desafio de trabalho em equipes multidisciplinares.

A assistência à saúde através da “visita domiciliar” tem como objetivo orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde e fornecer subsídios educativos para os indivíduos, a família e a comunidade. Entre os fatores que favoreceram a sua expansão, nos últimos anos, destaca-se o aumento de pessoas idosas em relação à população total, que geralmente apresenta maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. Com o avançar da idade e o

estabelecimento de doenças incapacitantes, muitos idosos tornam-se dependentes de cuidados externos, sejam eles provenientes da família ou de profissionais especializados (TORAL *et al.*, 2006).

A longevidade é uma realidade dos tempos atuais, estando associada às várias alterações metabólicas, físicas e psicossociais que vão ocorrendo ao longo da vida, tornando os idosos vulneráveis ao desenvolvimento de patologias. Ao mesmo tempo, os altos custos sociais, a defasagem no Programa Previdenciário de nosso país, os gastos com os planos de saúde e a dificuldade de atendimento nas filas dos hospitais públicos impedem que o idoso tenha acesso a um serviço de saúde com qualidade (DUARTE; DIOGO, 2002).

A promoção do envelhecimento saudável é tarefa que envolve a conquista de qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem o enfrentamento das questões do envelhecimento, com base no conhecimento disponível. É vital ampliar a consciência sobre a saúde e o processo de envelhecimento e, ao mesmo tempo, fortalecer e instrumentalizar a população idosa em suas lutas por cidadania e justiça social. Saúde e envelhecimento são indicativos de qualidade de vida (MARTINS *et al.*, 2009).

O atendimento na residência representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais que o simples fornecimento de um tratamento padronizado, trata-se de um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente. Por ser realizada no domicílio do idoso, busca-se trabalhar um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Esse procedimento proporciona uma maior interação no seio familiar e facilita o planejamento de ações para o envelhecimento saudável.

Permeando os objetivos do atendimento domiciliar procura-se proporcionar uma assistência humanizada e integral, a partir de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família, estimulando a participação do idoso e de seus familiares no tratamento proposto; promovendo educação em saúde, mantendo o paciente em seu núcleo familiar e com isso possibilitando uma melhora na qualidade de vida deste e da própria família. Esta estratégia possibilita um repensar das práticas de ensino e pesquisa, fomentando o uso de metodologias ativas na aprendizagem.

Considerando, que a visita domiciliar é entendida nesse estudo, como uma escuta orientada que direciona ações educativas no ambiente domiciliar do idoso, faz-se necessária a avaliação do seu papel. Nessa perspectiva, esse trabalho tem como objetivo descrever a experiência de uma equipe multidisciplinar composta por docentes e discentes da área da Enfermagem,

Psicologia e Nutrição junto ao ambiente familiar do idoso acompanhado pelo projeto de extensão “Promoção para o Envelhecimento Saudável: com ênfase nas doenças crônico-degenerativas” da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo caracterizado como relato de experiência. Teve como cenário o Bairro Universitário, da cidade de Santa Cruz do Sul, RS.

As visitas domiciliares analisadas neste artigo foram realizadas a idosos acamados e impossibilitados de se deslocar até a clínica escola, com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, residentes na região adscrita da Universidade de Santa Cruz do Sul – RS, de março a julho de 2010. Os idosos e/ou cuidadores foram informados detalhadamente sobre os objetivos do trabalho de assistência domiciliar, sendo apresentados os procedimentos e assegurados quanto à privacidade, concordando em participar das ações de forma voluntária, para fins de publicação. Essa ação faz parte do estudo “Perfil dietético e os fatores de risco nutricional dos diabéticos tipo II” alocado no projeto de extensão “Ações de Educação em Enfermagem e Nutrição”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC- CAAE – sob número 0077.0109.000-06.

Ressalta-se que, antes do início das atividades, a equipe de estagiários foi treinada quanto aos cuidados pertinentes a este tipo de atendimento, quais sejam: a forma de abordagem do paciente e de seus familiares; fornecimento de explicações objetivas a cerca dos custos e benefícios desta modalidade de serviço; identificação de um ou mais cuidadores ativos (pertencentes ou não à própria família); observação da existência de casos de pessoas que requerem maiores cuidados na família e na atenção quanto ao relacionamento interpessoal.

A equipe, formada por bolsistas, estagiários e docentes dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Nutrição, realiza as visitas domiciliares para pacientes idosos que apresentam necessidades de acompanhamento por estarem restritos ao leito ou apresentarem dificuldades de locomoção. Para o pleno sucesso desta ferramenta adotou-se um método sistemático que viabiliza o planejamento, execução, registro de dados e avaliação das ações. Na primeira visita, realiza-se a avaliação dos cuidados e registra-se a família para o monitoramento no Serviço Integrado de Saúde – SIS da UNISC. Este segue

um roteiro de coleta de dados sobre: as medidas antropométricas (IMC), o exame físico e a avaliação psicológica, a ingestão alimentar, os exames bioquímicos e o uso de medicamentos.

Durante as visitas são realizadas orientações a respeito do uso dos medicamentos, dos cuidados na manipulação e armazenamento de alimentos, além da observação de sinais clínicos e do aconselhamento dietético e psicológico. O atendimento tem duração mínima de trinta minutos e máxima de sessenta minutos, dependendo do quadro clínico, risco social de cada paciente idoso. São aferidos níveis pressóricos e de glicose sanguínea (em jejum) dos pacientes. Enquanto estes relatam dificuldades e esclarecem suas dúvidas, recebem orientações quanto à alimentação adequada, uso correto de medicamentos, ingestão e qualidade da água, presença de pragas e animais domésticos, autocuidado, auto-estima, além de orientações envolvendo o relacionamento do idoso e seus familiares. Também são abordados os fatores que podem interferir no cumprimento das orientações repassadas.

As visitas aos pacientes são realizadas a cada 15 dias ou, quando é necessária a reavaliação em menor espaço de tempo, faz-se o contato por telefone para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas referentes ao tratamento. O desligamento do paciente do projeto se dá na medida em que ocorra uma estabilização dos níveis sanguíneos, peso, melhora nos resultados dos exames físicos e emocionais, administração da dieta com mais segurança pela família e adaptação do indivíduo à dieta. Após o término das atividades, do projeto, o paciente ou familiares são orientados a seguir com a assistência no ambulatório do SIS, visto que, este oportuniza um atendimento individualizado e com maior comodidade ao idoso.

3 Resultados e Discussão

Durante o primeiro semestre do ano de 2010, foram realizadas 58 visitas domiciliares em 18 residências, com um total de 20 encontros. Dos 22 idosos atendidos, 60% se encontram com excesso de peso, 22,73% pertencem à faixa de etária de 60 a 70 anos, 45,45% entre 71 a 80 anos e 31,81% possuem mais de 80 anos. Em relação ao sexo, 65% são do sexo feminino e 35% do sexo masculino. A média da renda familiar dos idosos assistidos varia entre um a dois salários mínimos (60%), mantendo na composição familiar de um a três membros.

A situação socioeconômica da maioria das famílias visitadas era precária, havendo relatos de dificuldades na aquisição de alimentos para o preparo

das dietas artesanais, em função de desemprego ou baixa renda. Observa-se a predominância de domicílios multigeracionais, onde pessoas idosas moram com filhos e netos ou dividem a área do terreno. Como o atendimento foi direcionado às famílias de menor poder aquisitivo este resultado era, em parte, esperado.

Pacheco e Santos (2004) demonstram que as principais doenças que acometerão os idosos, além das mais conhecidas doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes e neoplasias), serão as demências, principalmente do tipo Doença de Alzheimer; depressão e osteoporose, as quais requerem cuidados especializados. As principais condições clínicas encontradas pela equipe de saúde nas residências dos idosos foram: osteoporose, problemas respiratórios, neoplasias, Alzheimer, doenças cardíacas, úlceras, hérnias, Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas lombares, dislipidemias, muitas vezes associado a outras morbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade crônica.

Nas famílias atendidas, os acamados são pessoas em idades avançadas, especialmente acima dos 70 anos. Nestes casos procurou-se identificar na família cuidadores que pudessem auxiliar nos cuidados gerais com estes clientes, os quais receberam orientações relacionadas à saúde e à conduta alimentar. Apesar da idade avançada, estas pessoas apresentavam lucidez, participando ativamente das consultas e demonstrando a alegria pela visita domiciliar e pelo atendimento recebido. Verificou-se que a educação transmitida à família, por ser mais personalizada, contribuiu para cuidados mais específicos, como por exemplo, a inclusão de mudanças na alimentação das pessoas mais debilitadas.

Confrontando a realidade vivida e os dados da literatura, verifica-se a necessidade de uma reflexão maior sobre a otimização do contexto da saúde do idoso e sua família como um meio de melhor promover a saúde e a qualidade de vida. Vale ressaltar que, para proporcionarmos uma assistência à saúde com qualidade, é necessário entender cada indivíduo como um ser único, pertencente a um contexto social e familiar que condiciona diferentes formas de viver e adoecer (MARTINS *et al.*, 2009).

A grande maioria dos participantes referiu que necessitava de medicação para continuar vivendo. Dos participantes, 70% são extremamente preocupados com a solidão, sendo que demonstraram sentimentos de tristeza. A depressão também foi relatada pelos idosos e seus familiares. A solidão, manifestada por muitos idosos, pode estar associada à presença de limitações físicas geradas pela doença, a dificuldade de realizar atividades da vida diária, como o caminhar, sair de casa e ver outras pessoas.

O atendimento domiciliar apresenta facilidades e dificuldades. Entre as facilidades observadas neste estudo destaca-se a efetiva interação entre o acadêmico e a população, o que favorece o trabalho. A aproximação com os idosos e seu núcleo familiar permitiu um conhecimento mais sólido das condições de saúde, da prevalência das doenças, das práticas e do conhecimento popular sobre as doenças, permitindo a resolução de muitos problemas *in loco*, o que promove o descongestionamento das unidades de saúde. Entre as dificuldades percebe-se que o horário de trabalho e afazeres domésticos das famílias, muitas vezes, impossibilitam ou dificultam a realização do cuidado. Entre os problemas técnicos para realizar as visitas, destacamos as dificuldades de locomoção da equipe e o aumento da demanda.

Conforme Areosa (2010), se por um lado a utilização do “instrumento da visita domiciliar” se depara com limites, como no caso dos idosos em que o cuidador permanece junto ao paciente o tempo todo, o que pode dificultar a verificação de maus tratos por parte da equipe, por outro lado pode trazer facilidades em relação ao acolhimento com o idoso como a orientação *in loco* e a verificação das relações intrafamiliares.

Os resultados têm sido positivos, visto que, foi criado um vínculo de confiança e segurança entre a equipe de saúde e os idosos com os seus cuidadores, o que tem possibilitado uma evolução favorável na adesão às orientações prestadas e à recuperação no quadro de saúde desses pacientes. O momento da visita domiciliar é especial e único, mas muitas vezes, o paciente está passando por agravos inerentes ao dia a dia e não consegue sentir-se à vontade, fica inibido diante das perguntas, não verbalizando o seu verdadeiro sentimento e conhecimento. Salienta-se que essa clientela possui em sua maioria problemas de autoestima, baixo nível sócio cultural, o que interfere nas suas funções cognitivas. Portanto, é necessário que o profissional visitador conheça a realidade de vida do seu paciente, a relação entre o paciente e seus familiares, para poder traçar um plano terapêutico que dê resultados.

Quanto às escolhas alimentares verifica-se, com frequência nos atendimentos domiciliares, elevado consumo de produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas. Essas modificações no comportamento alimentar certamente afetam a adequação de nutrientes ao organismo e coloca os pacientes em risco de má nutrição. Além de contribuir para o excesso de peso corporal e o aumento expressivo da obesidade, constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de grande morbimortalidade como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer, principalmente na maioria dos países em desenvolvimento e vem

se constituindo como risco para a saúde dos idosos (AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2007)

O padrão alimentar observado no grupo foi preferencialmente energético, com grande consumo de pães brancos (85%), geléias e chimias (25%) e margarina (10%). Mostrou-se significativo o consumo de mais de um tipo de carboidrato por refeição, citado por vários pacientes. O feijão apresentou consumo diário por 85% dos idosos e o arroz 100%. Porém, verificou-se baixa ingestão de verduras, sendo que a maioria dos pacientes come uma a duas variedades por refeição. A solidão familiar e social pode estar predispondo o idoso à falta de perspectiva, projeto de vida e preocupação consigo, fazendo com que se alimente de forma inadequada em quantidade e qualidade. Nesses casos, há tendência ao desestímulo para comprar e preparar alimentos variados e nutritivos.

A reflexão sobre esta prática permite trazer em foco o potencial da construção de vínculo e a aproximação com a realidade das famílias, porém é preciso organizá-la de forma a atender as necessidades das famílias e dos profissionais e incorporá-la institucionalmente com a real importância para o serviço de saúde, em especial dentro da Universidade é necessário ficar atento aos possíveis imprevistos que podem ocorrer ao realizar uma intervenção, sempre compreendendo a ética profissional (AREOSA, 2010). Ao mesmo tempo, a incorporação de novos hábitos no envelhecimento está relacionada ao ambiente em que o idoso vive e viveu e a estrutura da personalidade e suas características, acentuadas ao longo da vida. Conhecendo isto, os profissionais de saúde não devem ignorar tal condição e buscar argumentar, mostrando os pontos positivos e negativos das condutas adotadas por eles.

4 Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo possibilitou perceber pontos positivos por prestar assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde. É um benefício mútuo tanto no que se refere ao paciente quanto ao aprendizado da equipe, pois os profissionais docentes e discentes experienciam uma assistência sistematizada de cunho interdisciplinar. Acredita-se que este trabalho poderá contribuir para a construção de um protocolo com a participação dos diferentes atores envolvidos na visita domiciliar, que proporciona possibilidades para encontrar o caminho ou conseguir uma vida com melhor qualidade, através de uma prática assistencial humanizada. A implementação deste trabalho oportunizou intervir com o

paciente em seu núcleo familiar, analisando o contexto econômico, sociocultural, ambiental e emocional, possibilitando o estabelecimento de um vínculo sólido, duradouro e de valor terapêutico.

FAMILY CARE UNIT FOR THE ELDERLY: MULTIDISCIPLINARY EXPERIENCE

abstract

The purpose of this study is to report the experience of home care to the elderly conducted by a group of scholars and teachers of courses in the area of health in the Elderly Program, University of Santa Cruz do Sul - UNISC. Home care aimed to provide a humanized and comprehensive care and encourage greater participation of the elderly and their families in the proposed treatment. Greater interaction between patient-family-team was observed from the home care without the formality characteristic of health services.

keywords

Home care. Multidisciplinary team. Promote healthy aging.

referências

AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. A Visita Domiciliar a Idosos: uma prática da Psicologia que ajuda pessoas com dependências severas. In: AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho (Org.). *Terceira idade na UNISC: novos desafios de uma população que envelhece*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010, p. 46-62.

AMADO, Tânia Campos Fell; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; FERREIRA, Rogério Anderson Rodrigues. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. v. 57, n. 4, p. 366-372, 2007.

DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; DIOGO, Maria José. de. Cuidados em domicílios: conceitos e práticas. In: FREITAS, Elizabete Viana *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 762-767.

MARTINS, J. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf>>. Acesso em: set. de 2010.

PACHECO, Rosane Oliveira; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos Envelhecimento* [online]. 2004, v. 7, n. 2, p. 45-61. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: set. de 2010.

TORAL, Natacha; GUBERT, Muriel Bauermann; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 1, p. 29-37, 2006.

Recebido: 23/12/2010
1ª Revisão: 26/01/2011
2ª Revisão: 05/04/2011
3ª Revisão: 12/04/2011
4ª Revisão: 06/06/2011
Aceite Final: 21/07/2011