9º FEPEG FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO
TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E CULTURAIS DEBATES MINICURSOS E PALESTRAS
23 A 26 SETEMBRO DE 2015
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro
ISSN 1806-549X
A HUMANIZAÇÃO NA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE GERÊNCIA DO CUIDADO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Guilherme Henrique Santos da Cruz, Aryanne Nayara Santos, Isabela Andrade Ribeiro, Elisania Nunes Miranda, Ana Flávia Veloso Figueiredo, Joanilva Ribeiro Lopes.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família pressupõe a visita domiciliar (VD) como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares [1,2,3].

Visa, ainda, atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infra-estrutura (moradia, higiene, saneamento básico e etc.), entre outras questões. Compete aos enfermeiros a realização destas atividades a fim de identificar as necessidades das famílias cadastradas e promover uma maior aproximação com os determinantes de saúde e de doença [4].

A VD é considerada a atividade exterior à unidade de saúde mais desenvolvida pelos profissionais de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humanizada, acolhedora, 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 [5].

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência vivenciada pelos acadêmicos no que abarca a visita domiciliar como instrumento de gerenciamento do cuidado na Estratégia de Saúde da Família voltado para pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Realizado em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil, durante a realização das atividades práticas curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). As atividades foram desenvolvidas durante o período de estágio do referido curso, orientado por uma enfermeira preceptora, no ano 2015. Foram realizadas 14 visitas domiciliares, tendo como instrumento norteador o roteiro de primeira consulta disponível no Manual do Prontuário de Saúde da Família de 2007 [6] e um instrumento elaborado pelos acadêmicos para consulta de Hiperdia. Os clientes foram selecionados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a equipe de enfermagem, a partir dos critérios: hipertensos e/ou diabéticos em uso de pelo menos uma terapia medicamentosa e com maior necessidade de acompanhamento.

Resultados e Discussões

Uma das ferramentas de humanização da atenção primária é a visita domiciliar ao paciente, sendo esta, uma estratégia de aproximação do usuário ao serviço, oferecendo ações educativas de prevenção, promoção e controle das doenças crônicas.

No ambiente domiciliar pode ser feita a aferição da pressão arterial, a educação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, as propostas às mudanças dos hábitos de vida, entre outros aspectos. Outro enfoque da visita domiciliar é a capacidade de estimular o paciente a participar de grupos operativos da unidade, onde este tem a oportunidade de trocar experiências sobre temas referentes ao processo de saúde e doença, buscando a melhoria da qualidade de vida [7]

Neste contexto estabeleceram-se os seguintes passos para a realização da visita, sendo eles:

1º Passo: Foram identificadas as famílias que necessitavam de um acompanhamento especializado devido alguma patologia, doenças crônicas, imobilidade ou que tenha passado por um momento de agravo a saúde.

2º Passo: Depois de identificadas as famílias, realizou-se a visita propriamente dita. Para tal utilizou-se o roteiro de primeira consulta disponível no manual do prontuário da Atenção Básica e outro de consulta de Hiperdia elaborado pelos acadêmicos. Durante a visita identificou-se a queixa principal; história da moléstia atual; história pregressa; histórico familiar; histórico medicamentoso; histórico gineco-obstétrico quando aplicável histórico alimentar e vacinal; rotina de alimentação; sono, repouso e lazer; além disso, houve a realização de exame físico completo e aferição de dados vitais. Conhecendo o meio familiar foram levantadas questões como: moradia, renda familiar, saneamento básico, e religião. Ademais, foi realizado o genograma (para avaliação da composição familiar) e o ecomapa (para interação com o meio e a sociedade em que está inserido (a)).

3º Passo: Após, foram identificados os diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, e evoluiu-se a visita no prontuário e foi elaborado o plano de cuidados para os referidos pacientes.

4º Passo: Foi elaborado o plano de cuidados houve um regresso à casa dos pacientes para orientação e aplicação do mesmo, identificando as necessidades dos pacientes e intervindo nelas.

5º Passo: Efetuou-se visita de retorno para averiguar se os pacientes adotaram as práticas sugeridas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Durante as visitas identificou-se que muitos pacientes não realizavam o controle do regime terapêutico de forma adequada. Sendo avaliadas as prescrições e a forma de administração, foi discutido com a médica da unidade quanto a uma adequação para aqueles que possuíam duas ou mais receitas, o que se tornava confuso para os mesmos, desencadeando o erro. Com isso percebeu-se que os pacientes, os quais foram realizadas as visitas, aderiram às orientações realizadas e iniciaram uma adesão significante quanto ao uso das medicações. Outro fator identificado foi o risco de desnutrição relacionado a uma alimentação inadequada, assim como ingestão hídrica insuficiente. Realizou-se durante as visitas confecção de plano de orientação alimentar, que incluía os alimentos que eram mais bem aceitos e acessíveis pelos pacientes, estabelecendo um intervalo máximo de três horas entre uma refeição e outra, assim como a importância da ingestão de quantidade mínima de dois litros de água diariamente. Durante as visitas subsequentes foi possível notar que os pacientes tiveram boa adaptação e seguiam as orientações, trazendo melhoria na avaliação nutricional.

As visitas domiciliares auxiliam no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitos, através da aferição da Pressão Arterial, glicemia capilar e medidas educativas quanto ao tratamento medicamentoso, demonstrando ao paciente que a adesão adequada do tratamento favorece a qualidade de vida, auxiliando-o na adesão a novos hábitos de vida, como os propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia [8], os quais são: diminuição do sódio e das gorduras na alimentação, a realização de atividade física, entre outros aspectos.

Considerações Finais

Diante do exposto pôde-se perceber o quão valioso é o momento da visita domiciliar, uma vez que promove melhor interação acadêmico/usuário, permitindo conhecer a realidade do paciente, dentro dos contextos socioeconômicos, cultural, familiar, ambiental e passado mórbido, o que possibilita construir um plano de cuidados adaptados a suas reais necessidade.

Assim percebeu-se o quanto é importante a utilização desta ferramenta de gestão do cuidado para a promoção da saúde e estabelecimento de novos padrões de saúde e hábitos de vida saudável, a fim de alcançar um controle dos índices glicêmicos e pressóricos com intuído de minimizar e/ou reduzir o acometimento de órgãos alvos e promover uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

[1] ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.5, p. 1103-1112.

[2] MACHADO, L.C. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE. 2010 [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.

[3] MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

[4] MALAGUTTI, W. Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

[5] ANDRADE, Ademilde Machado et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias**.** Epidemiol. Serv. Saúde . 2014, vol.23, n.1, pp. 165-175.

[6] MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. p. 254.

[7] ABREU, K.C.S. A importância da visita domiciliar á pacientes hipertensos. Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

[8] Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010. v.17, n.1, p. 1-69.