

ATENÇÃO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO AO IDOSO: UM ENFOQUE PARA O USO CORRETO DE MEDICAMENTOS - RELATO DE CASO¹

Vanessa Adelina Casali Bandeira², Edenilson Freitas Rodrigues³, Fernanda Rosa⁴, Daniela Danisa Perassolo⁵, Flávia Michelle Pereira Albuquerque⁶, Silmara Beatriz Steinmetz⁷.

¹ Relato de caso realizado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) e Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR).

² Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. vanessa.acbandeira@yahoo.com.br.

³ Enfermeiro, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. edefr@ig.com.br.

⁴ Educadora Física, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. fr.fernanda@hotmail.com.

⁵ Assistente Social, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. daniperassolo@yahoo.com.br.

⁶ Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. flaviampa@msn.com.

⁷ Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. silmara.steinmetz@gmail.com.

Introdução

No Brasil, as ações da atenção básica foram reorganizadas a partir de 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. A ESF tem sua prática voltada para além das intervenções médicas, buscando a integração com a comunidade, de forma interdisciplinar por meio dos profissionais que compõem as equipes (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização), e se estrutura por meio de três pilares: a família, o território e a responsabilização. Na ESF, considera-se a família de forma integral, em seu espaço social, socioeconômico e cultural, e que é neste espaço que interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 1997).

Entre as ações planejadas e executadas pelas equipes de ESF encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares. Segundo Fabrício et al. (2004), a visita domiciliar pode ser entendida como o

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

atendimento realizado por um profissional ou equipe de saúde no domicílio do usuário, com o propósito de avaliar suas necessidades, de seus familiares e do ambiente onde vive, a fim atuar na promoção de saúde ou recuperação conforme as necessidades identificadas.

Em uma nova perspectiva, surge o conceito de atenção domiciliar, modalidade de atenção à saúde complementar que caracterizada por “ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011). Ainda, para impactar sobre os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a atenção domiciliar seja realizada por uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, para atender a todas as orientações e intervenções necessárias por cada profissional atendido, mas também de forma interdisciplinar que possibilita a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção (BRASIL, 2012).

O presente relato objetiva descrever o acompanhamento, as intervenções realizadas e orientações fornecidas a uma idosa usuária de uma unidade de ESF.

Metodologia

Trata-se de um relato de caso de uma usuária de uma unidade de ESF do município de Santa Rosa/RS. Hipertensa, com hipercolesterolemia e em uso inadequado de seus medicamentos. Após atendimento médico na unidade foi encaminhada para acompanhamento com a farmacêutica.

O acompanhamento ocorreu por meio de visitas domiciliares realizadas pela Assistente Social, Educadora Física, Farmacêutica e Nutricionista que integram a equipe de ESF através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FUMSSAR/UNIJUI e prestaram orientações de forma interdisciplinar.

Foram realizadas três visitas domiciliares até o presente momento, na primeira visita realizada pela Farmacêutica e Educadora Física foram fornecidas orientações para o uso correto de medicamentos e informações acerca da importância da realização de atividade física. Na segunda visita realizada pela Farmacêutica e Nutricionista, foram organizados os medicamentos. Ainda, orientou-se para uma alimentação adequada para o controle da HAS e colesterol. Realizou-se uma terceira visita para acompanhamento pela Assistente Social, Educadora Física e Farmacêutica.

Resultados e discussão

I.B., sexo feminino, 81 anos, viúva, com hipertensão, hipercolesterolemia e polimedicada. Mora com a filha e a neta. Conforme prescrição médica, em uso de: ácido acetilsalicílico 100mg; anlodipino 5mg; atenolol 25mg; furosemida 40mg; maleato de enalapril 10 mg; mononitrato de isossorbida 20mg, propatilnitrato 10mg e sinvastatina 20mg.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

A usuária procurou atendimento médico por não estar sentindo-se bem. Em consulta médica identificou-se que continuou em uso de nifedipino 20mg, mesmo após substituição deste medicamento por anlodipino 5mg em consulta realizada anteriormente. Além disso, observou-se que a usuária não fazia o uso correto dos medicamentos, sendo encaminhada para acompanhamento com a Farmacêutica. Destaca-se que nifedipino e anlodipino são medicamentos da mesma classe farmacológica, bloqueadores dos canais de cálcio – diidropiridinas, com ação anti-hipertensiva, se administrados concomitantemente pode ter efeito potencializado, resultando em efeitos indesejados. A escolha da prescrição por anlodipino visa facilitar o acesso, pois este se encontra na relação municipal de medicamentos.

O acompanhamento foi iniciado através de visita domiciliar. Inicialmente a Farmacêutica questionou sobre o uso dos medicamentos e solicitou que a usuária trouxesse todos os seus medicamentos em uso. Quando questionado sobre o uso de cada medicamento, a usuária relatou não administrar a furosemida 40mg todos os dias e o propatilnitrato 10mg apenas duas vezes ao dia, sendo a prescrição três vezes por dia. Foi observada grande quantidade de medicamentos no domicílio.

Além disso, na primeira visita foi orientada a importância da administração diária da furosemida e do propatilnitrato três vezes ao dia. Destacou-se que a furosemida, um diurético de alça, apesar do efeito diurético auxilia no controle da HAS sendo fundamental o seu uso conforme prescrição médica (BRASIL, 2010).

Na segunda visita, a usuária relatou o uso dos medicamentos conforme orientação. Com seu consentimento, organizaram-se os medicamentos, separando-os em envelopes, identificando o nome do medicamento e a posologia de forma escrita, clara e legível e com pictogramas, visando auxiliar a idosa para o uso correto dos medicamentos. Nesse momento, separaram-se medicamentos para quatro meses de tratamento, conforme funciona a dispensação dos medicamentos contínuos na unidade. Nesse momento, verificou-se excesso de medicamentos, reforçando o uso inadequado anteriormente. Foram retiradas sobras de medicamentos e vencidos, os quais foram levados para descarte na unidade.

Bueno, Weber & Oliveira (2009) apresentam que o acúmulo de medicamentos nos domicílios podem gerar sobras, devido ao uso inadequado do medicamento ou aquisição em excesso, essas sobras podem facilitar trocas e, quando o medicamento estiver vencido, pode não promover o efeito desejado ou causar danos a saúde.

Na terceira visita realizada, para acompanhamento, a idosa informa sobre a ocorrência de câimbras, e que comprou na farmácia cloreto de potássio 600mg. O uso de diuréticos não poupadores de

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

potássio, como a furosemida, podem apresentar como efeito adverso distúrbios hidroeletrólíticos, tais como, hiponatremia, hipopotassemia e hipomagnesemia, o que pode ocasionar câibras (BRASIL, 2010). Orientou-se a usuária a consumir alimentos com alto teor de potássio como laranja, banana e feijão e para a realização de atividade física, e se caso persistirem as câibras agendar consulta médica na unidade.

Destaca-se que a realização do acompanhamento no domicílio promoveu uma abordagem ampliada, podendo ser observadas questões familiares e sociais, e propor intervenções a partir da situação identificada. Além disso, o domicílio facilita o acesso a todos os medicamentos em uso, possibilitando a identificação de sobras, medicamentos vencidos e medicamentos consumidos por automedicação.

Corroborando, Mauer et al. (2011) ao acompanharem paciente diabético e hipertenso através de visitas domiciliares possibilitou a identificação e resolução de dois Problemas Relacionados ao Medicamentos por meio das orientações prestadas. Ainda, Cardoso et al. (2013) ao acompanharem dez casos de usuários atendidos pelo Programa Práticas Integradas em Saúde Coletiva, identificaram treze resultados negativos associados aos medicamentos, três foram resolvidos na primeira intervenção, três em duas intervenções, e sete resolvidos em três a quatro intervenções. Os autores apresentam que atenção farmacêutica domiciliar mostrou-se muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários e proporciona a obtenção de resultados positivos no controle de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento.

Nesse contexto, Mauer et al. (2011) apresentam que para se obter melhores resultados, no controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as está a HAS, implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento dos usuários, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, além das orientações para o tratamento medicamentoso adequado é imprescindível as recomendações para uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física (BRASIL, 2013), orientações estas que foram abordadas em todas as visitas realizadas pelos diferentes profissionais envolvidos.

A usuária relatou que não costumava praticar nenhum tipo de exercício físico. Primeiramente foi informada dos benefícios que a prática regular de atividade física pode trazer para a saúde dos indivíduos, inclusive dos benefícios relacionados com suas patologias. Em seguida, foi orientada a manter um estilo de vida mais ativo, dando início à prática de caminhadas e exercícios de alongamento; bem como quanto à frequência, intensidade e duração das atividades.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

A prática regular de atividade física contribui com respostas positivas para um envelhecimento saudável, portanto é um importante recurso para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, que possibilita ao idoso manter um estilo de vida melhor. Além de estimular várias funções essenciais do organismo, como um importante controle de doenças-degenerativas, manutenção das funções do aparelho locomotor, principal responsável pelo desempenho das atividades da vida diária e pelo grau de independência e autonomia do idoso (OKUMA, 1998).

Conforme Manidi & Michel (2001), a atividade física é identificada como uma das intervenções de saúde mais significativas da vida das pessoas de idade avançada. Dentre os benefícios imediatos da participação regular em programas de exercícios, são identificados no aspecto físico maiores níveis de auto-eficácia, melhoria nos padrões de sono, relaxamento muscular, entre outros. Para os autores, os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser amenizados se programas de exercícios que visem à melhoria das capacidades motoras que apoiam a realização da vida cotidiana forem desenvolvidos com os idosos, dando ênfase na manutenção das aptidões físicas de principal importância para seu bem estar.

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial tem como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial com consequente diminuição da dosagem dos medicamentos (OLIVEIRA, 2011).

Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática regular de exercícios físicos, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. Para isso a dieta do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. A dieta pobre em sal (hipossódica), restringe a ingestão diária de sal em 5 gramas. Uma dieta hipossódica pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg (LOPES, BARRET-FILHO E RICCIO, 2003).

Durante uma das visitas domiciliares a paciente recebeu orientações sobre os cuidados que deve ter na alimentação para que o tratamento da HAS seja de fato eficaz e tenha resultados. A nutricionista questionou os hábitos alimentares da paciente e orientou as adequações necessárias para a adoção de hábitos mais adequados. Após pediu para que a paciente trouxesse alguns rótulos de temperos prontos que ela relatou utilizar para preparar as refeições e explicou a composição nutricional e os ingredientes utilizados na produção dos mesmos alertando para a grande quantidade de sódio e de gordura presente nestes produtos que contribuem significativamente na elevação da pressão arterial.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações estão relacionados principalmente com a atenção básica. Considerando a conformação das equipes multiprofissionais e que o processo de trabalho pressupõe o vínculo com a comunidade e os usuários, os profissionais da

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle das DCNT (BRASIL, 2013).

Conclusões

Destaca-se que quanto maior o número de medicamentos em uso, maiores são as dificuldades para o uso correto dos medicamentos e adesão ao tratamento. A adoção de tratamentos medicamentosos e terapias não medicamentosas para o controle de DCNT são importantes para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

O ambiente domiciliar permite uma abordagem integral a saúde, reforçando que ao se atuar de forma interdisciplinar facilita a adesão as orientações, tanto relacionadas ao medicamento quanto a alimentação e atividade física, pois proporciona o envolvimento de profissionais de diferentes áreas no cuidado e o fortalecimento das orientações prestadas por cada profissional.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Hipertensão; Polifarmácia; Visita Domiciliar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Acessado em: 30 mai 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p.

BRUENO, Bueno, C.S.; Weber, D.; Oliveira, K.R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. Rev Ciênc Farm Básica Apl., v. 30, n. 2, p. 75-82, 2009.

FABRICIO, S.C.C.; WEHBE, G.; NASSUR, F.B.; ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Lat Amer Enf, v. 12, n. 5, p. 721-6, 2004.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out/dez, 2006.

LOPES, H.F.; BARRETO-FILHO, J A.S.; RICCIO, G.M.G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, p. 148-55, 2003.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XV Jornada de Extensão

MANIDI, M.J.; MICHEL, J.P. Atividade física para adulto com mais de 55 anos. São Paulo: Manole, 2001.

MAUER, P. et al. Atendimento domiciliar multiprofissional à paciente hipertenso e diabético – relato de caso. Revista Contexto & Saúde, Ijuí, v. 10, n.2, p. 691-694, 2011.

OKUMA, S.S. O Idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa. Campinas, SP: Papirus, 1998.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011.