

ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Hermann¹, Maria Ribeiro Lacerda²

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência desenvolvida com um paciente pertencente a uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Curitiba, durante as aulas práticas de Cuidado Domiciliar, do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. O paciente foi submetido a uma revascularização em membro inferior esquerdo com posterior amputação transmetatarsiana de pé esquerdo, portanto, necessitava de cuidados de enfermagem no domicílio. Descreve-se uma vivência enriquecedora, em que os estudantes, por aproximadamente 60 dias, realizaram visitas domiciliares e prestaram cuidado de enfermagem. Melhoraram as condições de saúde do paciente e a esposa também usufruiu os benefícios decorrentes do atendimento, assim como houve reorganização do contexto domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem.

HEALTH HOME CARE: AN EXPERIENCE ACCOUNT

ABSTRACT: It's an experience account carried out with a patient from a Primary Health Care Unit in the Metropolitan Region of Curitiba City/ Brazil during the Nursing Course, practical classes on Home Care (9th semester) at Federal University of Paraná. The patient had undergone revascularization of the left inferior limb and further transmetatarsal amputation of the left foot, thus requiring home nursing care. An actually fruitful experience was described where students visited the patient and, for about 60 days, delivered nursing care. Therefore, they fostered the patient's health conditions, and concomitantly his wife also enjoyed the benefits of this care delivery, effecting a reorganization of home context.

KEYWORDS: Home nursing; Nursing care.

ATENDIMIENTO DOMICILIAR EN LA SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN: Este es un relato de experiencia desarrollado con un paciente de una Unidad Básica de Salud del área metropolitana de Curitiba, durante las clases prácticas de Cuidado Domiciliar, del noveno periodo del curso de Enfermería, de la Universidad Federal de Paraná. El paciente fue sometido a una revascularización en miembro inferior izquierdo con posterior amputación transmeta-tarsiana de pie izquierdo, necesitando de cuidados de enfermería en el domicilio. Se describe una vivencia muy enriquecedora, en la cual los alumnos, por aproximadamente 60 días, realizaron las visitas y prestaron asistencia de cualidade, con seriedad y comprometimiento. A causa de eso, mejoraron las condiciones de salud del paciente, y su esposa también disfrutó de los beneficios que vinieron del atendimento, así como hubo reorganización del contexto domiciliar.

PALABRAS CLAVE: Atención domiciliar de salud; Atención de enfermería.

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Departamento de Enfermagem da UFPR. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE – UFPR.

Autor correspondente:

Ana Paula Hermann

Rua Cleto da Silva, 2596 - 81670-450 - Curitiba-PR

E-mail: anaphermann@yahoo.com.br

Recebido: 07/03/07

Aprovado: 07/11/07

INTRODUÇÃO

O relato de experiência que se apresenta foi desenvolvido com um paciente pertencente a uma Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Curitiba, durante as aulas práticas de Cuidado Domiciliar, do 9º período do curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, por aproximadamente 60 dias. As visitas domiciliares foram realizadas pelos acadêmicos, geralmente um grupo de dois ou três alunos, acompanhados por uma enfermeira mestranda. Essas visitas foram realizadas diariamente, exceto nos finais de semana, feriados, ou quando o paciente tinha agendado consulta médica.

O cuidado domiciliar é prática antiga, mas com o avanço tecnológico e a institucionalização dos serviços de saúde, caiu em desuso. Atualmente, com o crescente número de idosos na população e a política nacional de desospitalização no Sistema de Saúde (SUS), tem sido freqüente pacientes precisarem de cuidados no próprio domicílio.

Os acadêmicos e as enfermeiras mestrandas foram afortunados com uma experiência deveras enriquecedora em cuidar no domicílio de um paciente de 56 anos, pedreiro aposentado e residente com a esposa há mais de 15 anos em casa própria, de alvenaria, que ele mesmo construiu, com luz elétrica, água encanada, rede de esgoto, rua asfaltada. A residência fica em um município da região metropolitana de Curitiba.

Diabético há mais de 20 anos, este paciente relatou o uso de hipoglicemiantes orais. Desde então, necessitou de cuidados com alimentação. É cardiopata desde os 40 anos de idade, foi submetido a uma cirurgia para revascularização miocárdica (duas mamárias e uma safena) em junho de 2004. Há cinco anos recebeu o diagnóstico de hanseníase; é hipertenso há um ano; não relata outras cirurgias anteriores a 2004, ou alergia a medicamentos, assim como tabagismo, etilismo ou drogadição. No início de 2006, apresentou uma ferida nos pododáctilos do pé esquerdo, sendo encaminhado para tratamento no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

As informações foram obtidas através de entrevista e exame físico realizados com o paciente e as prestadas pela esposa e filhos e também pelo acesso ao seu prontuário no HC-UFPR. O presente artigo tem como objetivo relatar essa vivência e apontar a importância do cuidado domiciliar e os resultados advindos dessa prática

para o paciente, familiares e acadêmicos.

METODOLOGIA

Escolheu-se como modalidade de pesquisa o relato de experiência, pois revela as ações do indivíduo como um agente humano e como um participante da vida social, no qual o informante conta a sua história e o pesquisador pode desvendar os aspectos subjetivos da cultura e da organização social, das instituições e dos movimentos sociais⁽¹⁾.

O relato de experiência consiste em analisar e compreender variáveis importantes ao desenvolvimento do cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas, sendo o pesquisador um observador passivo ou ativo, devendo relatar de forma clara e objetiva suas observações⁽²⁾.

É necessário que se façam relatos dessa magnitude, mesmo em casos isolados, já que todos contribuem de maneira significativa para a formação desse arcabouço de conhecimentos que, nesse relato especificamente, apontará as questões do cuidado no domicílio e suas repercussões no estado de saúde do paciente e as modificações que ocorrem no contexto familiar e domiciliar.

DESCRIÇÃO DO CASO

Em junho de 2006, o paciente foi internado com queixas de dor e edema em perna esquerda, associada à hipoestasia e necrose de região distal de 3º pododáctilo esquerdo (PDE) e entre 4º e 5º PDE. O exame físico apresentou discreto edema em membro inferior esquerdo (MIE), diminuição da temperatura nas pernas, bilateralmente, pulsos poplíteos, pediosos e tibiais ausentes, pulsos femorais diminuídos, necrose em região distal do 3º PDE e fissura em 4º e 5º PDE.

Seu João (será utilizado nome fictício para preservar a identidade do paciente, bem como a de sua esposa) relata que não se recorda quando surgiu a ferida no pé, mas assim que a observou dirigiu-se à Unidade de Saúde. Posteriormente, foi encaminhado ao HC-UFPR.

Os pacientes diabéticos tendem a desenvolver, em longo prazo, neuropatia, que reduz a percepção sensorial periférica, gera diminuição da perspiração tornando a pele mais seca, aumentando os riscos de aparecimento de lesões e predispondo a cronificação daquelas preexistentes⁽³⁾.

Durante o internamento, foi realizada uma arteriografia de membros inferiores que evidenciou

obstrução de artéria ilíaca esquerda na origem e à direita e artérias ilíaca e femoral com oclusão de poplítea. Pacientes portadores de insuficiência arterial ou venosa podem desenvolver ulcerações distais que tendem à cronificação⁽³⁾. Como o paciente já apresentava áreas de necrose em três pododáctilos, foi indicada uma ponte aorto-bifemoral, mas pelo risco cardíaco do paciente foi evidenciada a necessidade de um cateterismo e prorrogação da cirurgia vascular. O resultado do cateterismo comprovou uma coronariopatia obstrutiva severa e difusa, porém, devido ao início de um quadro séptico em MIE, foi liberado para cirurgia vascular.

Apesar do resultado do cateterismo, pelo risco de perda do membro, foi realizado *Bypass* femoral D e E mais amputação de 3º, 4º e 5º pododáctilos do MIE. No 5º dia de pós-operatório, verificou-se que mesmo com a revascularização do membro, os outros dois dedos e parte do pé não estavam sendo irrigados. Assim, foi necessário seu retorno ao centro cirúrgico para amputação transmeta-tarsiana do pé esquerdo.

Condições sociais

O paciente se aposentou por invalidez após receber o diagnóstico de hanseníase. A esposa também é aposentada e a renda fixa da família é em torno de R\$ 800,00. Até o paciente ser hospitalizado, ambos complementavam a renda com serviços autônomos. Ele realizava pequenos serviços de pedreiro e ela fabricava chinelos, mochilas escolares e jalecos em *atelier* próprio, localizado na residência. A esposa relatou que o seu trabalho, na produção de chinelos diminuiu consideravelmente, pois ocupa grande parte do dia cuidando do marido. Relatou também que a renda diminuiu e os gastos aumentaram, mas que os filhos ajudam financeiramente na compra de medicamentos que o SUS não fornece.

A esposa - dona Maria - relatou que seus três filhos são prestativos nos cuidados ao pai. A filha mais velha chegou a pedir licença do trabalho para cuidar dos pais, pois, coincidentemente, dona Maria foi submetida a uma cirurgia ortopédica no mesmo dia em que o seu marido recebeu alta do HC-UFPR. O filho que estava desempregado, também ajudava nos cuidados.

A cuidadora principal do paciente é a esposa e, no período da tarde, uma auxiliar de enfermagem, que acompanha o seu João desde o diagnóstico de hanseníase, vai até a residência fazer a troca dos curativos. Dona Maria relatou sentir-se muito bem em poder cuidar do marido. Afirmou que o relacionamento

com o marido é excelente e que é um prazer cuidar dele. Ela realiza todos os cuidados necessários.

As visitas em domicílio

A assistência domiciliar à saúde, também compreendida como cuidado domiciliar, é operacionalizada por meio de categorias distintas, dentre as quais estão: a atenção, o atendimento, a internação e a visita domiciliares⁽⁴⁾.

A assistência domiciliar compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos (geralmente de maior complexidade) são realizados pelos elementos da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida. Conta-se também com o cuidador como responsável pela continuidade da assistência em domicílio⁽⁵⁻⁹⁾.

A visita domiciliar é uma atividade realizada pelos profissionais de saúde e/ou equipe no domicílio, que visa avaliar as necessidades do cliente, as de seus familiares e as do ambiente em que vivem para que se possa estabelecer um plano de cuidados em saúde⁽⁴⁾.

As visitas foram realizadas todas as manhãs, com duração média de uma hora, variando de acordo com as necessidades do paciente. Na primeira visita, ao exame físico o paciente apresentou pressão arterial: 120x80 mmHg e glicemia capilar: 347 mg/dl. Estava consciente, orientado, comunicativo, colaborativo, queixoso à dor, normocorado e hidratado. Em decúbito dorsal, movimentava-se bem no leito e usava cadeira de rodas para locomoção. Tinha uma incisão cirúrgica em região inguinal bilateral. A incisão em coxa esquerda apresentou deiscência de sutura, secreção purulenta fétida, com pontos de necrose e de granulação, e edema em região interna da coxa, que após manobras de drenagem apresentou secreção serosa.

Pele em membros inferiores cianótica, com turgor diminuído, desidratada. Diminuição da temperatura em pernas bilateralmente. Pulsos poplíteos, pediosos e tibiais ausentes. Necrose em *hálux* direito e ponto de necrose no 5º pododáctilo do mesmo pé. Ausência de sensibilidade em região plantar do pé direito. Pododáctilos do pé direito com edema e hipoestesia, sem movimentação e sem perfusão. Em coto do pé esquerdo, apresentava placa de carvão ativado com presença de grande quantidade de secreção sero-sanguinolenta com odor fétido sob a placa.

Diante da situação exposta, dentre os inúmeros

diagnósticos de enfermagem possíveis, listaram-se três, de acordo com a taxonomia NANDA, segundo Benedit e Bub⁽⁶⁾, que mereceram destaque, seguidos das intervenções de enfermagem pertinentes:

A) Risco para infecção, devido às feridas encontrarem-se contaminadas: verificar os sinais vitais, inclusive a pulsação dos membros inferiores e realizar troca dos curativos (as feridas eram limpas com solução fisiológica aquecida; nos pontos de necrose aplicava-se Papaína 6%, já que essa tem sido apontada pelos seus efeitos desbridante, antiinflamatório e bactericida, que acarretam maior velocidade da restauração tissular, com a formação de tecido cicatricial estética e funcionalmente adequado e pomada Neomicina nas demais regiões, sendo substituída por pomada Colagenase, quando disponível na unidade, ocluídas com gaze e atadura de crepe). O coto do pé esquerdo, nos primeiros cinco dias, estava coberto por uma placa de carvão ativado e, após sua remoção, começou a ser tratado de forma semelhante às outras feridas. As coberturas com gazes, quando utilizadas umedecidas, podem favorecer a cicatrização com resultados equiparáveis a outros materiais⁽³⁾;

B) Integridade tissular prejudicada, pois o paciente apresentava tecido subcutâneo destruído: realizar mudança de decúbito, realizar os cuidados já citados em relação às feridas, monitorar glicose sanguínea, realizar orientações em relação a uma dieta adequada, à administração correta de medicamentos, inclusive insulina, e às inúmeras complicações possíveis decorrentes das doenças preexistentes;

C) Risco de estresse da cuidadora, já que a mesma era responsável por todos os cuidados necessários ao paciente, desde a higiene pessoal, das roupas, alimentação, administração de medicamentos e insulina, e o acompanhava nas consultas médicas. Realizava também os curativos quando necessário. Embora fosse auxiliada pelos filhos, nos finais de semana, existia uma demanda muito grande de atividades a serem desempenhadas pela cuidadora: prestar cuidados à cuidadora (conversar informalmente, realizar massagem em MIE que estava edemaciado, estimular confecção de chinelos, mesmo que em menor escala, estimular momentos de lazer e troca de suas atividades de cuidado com Seu João com outro cuidador).

Em virtude dos cuidados contínuos, do medo

do desconhecido, da sobrecarga de um único cuidador, do manejo difícil entre as demandas da situação de cuidado e os recursos disponíveis, o cuidador pode chegar à exaustão e a doença se tornar uma incidência inevitável⁽⁷⁾. Portanto, os cuidadores devem ser considerados igualmente clientes da enfermeira, pois, estão vulneráveis pelo desgaste do trabalho adicional⁽⁸⁾.

São necessárias orientações e supervisão em relação ao contexto da residência, pois é importante que sejam verificados, além do estado físico do paciente, as orientações de cuidado ao paciente e ao cuidador. É preciso também trabalhar com o ambiente, com as relações entre as pessoas, os outros familiares, vizinhos, amigos, e os eventos, os objetos e coisas dentro da casa. Cada um desses elementos influenciam e são influenciados pela vivência do cuidado de um paciente no domicílio⁽⁹⁾.

A família sente maior tranquilidade e diminuição do seu nível de estresse à medida que recebe orientação profissional para execução de cuidados diários ao paciente⁽¹⁰⁾.

Avaliação dos cuidados

Após, aproximadamente, vinte dias do início das visitas, seu João já estava mais animado e colaborativo nos cuidados. Houve diminuição da secreção e do tecido necrosado das lesões, bem como aumento do tecido de granulação; no entanto, devido a problemas vasculares, a lesão do *hálux* direito apresentava maior área de necrose e o nível glicêmico aproximou-se do normal.

Para melhor visualização da evolução do caso, seguem, abaixo, fotos das lesões do paciente no início e final das visitas, para efeito de comparação.



Coxa esquerda 06/09/2006



Coxa esquerda 14/11/2006



Coto de pé esquerdo 11/09/2006



Coto de pé esquerdo 14/11/2006

A cada dia que passava, fortalecia-se a relação de confiança entre os acadêmicos, professores e o paciente e, também, com a esposa. A cuidadora se

sentia à vontade em conversar, em nos mostrar seu *atelier* de fabricação dos chinelos e demais costuras. Mostrou, também, os gatinhos recém-nascidos de sua gata, que foram fotografados pelas acadêmicas. Essa atitude trouxe grande alegria para a cuidadora, menor apenas, que a alegria por ela expressada ao receber as fotografias reveladas. Não poupou elogios e agradecimentos a todos que passaram pela sua residência, prestando cuidados ao seu esposo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término das visitas, os acadêmicos e as enfermeiras foram inundados por uma imensa satisfação, decorrente da prestação de uma assistência de qualidade, séria e comprometida, contribuindo significativamente para melhorar as condições de saúde do paciente e sua esposa.

É fundamental repensarmos o nosso fazer e pensar na Enfermagem, buscando aprimorar nosso cuidado na medida em que ele é realizado, em que novas experiências são vivenciadas, posto que estamos constantemente sendo influenciados por aqueles com os quais interagimos. Assim, o aprender e ensinar devem ser contextualizados no momento histórico, político, econômico e social de um grupo. Ele é dinâmico, exige do docente constante reflexão e avaliação de postura⁽¹¹⁾. Essa perspectiva está inserida no ensino do cuidado domiciliar que tem como peculiaridade a realização do cuidado em um ambiente em que se considera também as condições e hábitos de saúde, os sentimentos, as crenças expressas pelos pacientes e familiares, a existência ou não de conflitos e a aceitação ou não dos cuidados no ambiente do domicílio por parte do paciente e sua família, assim como a presença da enfermeira nesse cuidado⁽¹²⁾.

O domicílio é um local de domínio do cliente, nele se revelam os seus princípios e a sua organização, onde ocorre o desenvolvimento do seu papel, de suas relações, dos conflitos, das alegrias, refletindo a forma e o estilo de vida adotados. Igualmente, o cliente e sua família mostram-se como realmente são, desvelando-se, uma vez que o próprio ambiente propicia esta revelação⁽¹²⁾. E os profissionais que adentram no domicílio jamais poderão esquecer tais princípios, considerando sempre suas especificidades individuais e familiares.

Nessa vivência, a interação se fez tão presente que foi capaz de gerar laços de afetividade entre alunos/professores e paciente/família. Laços

esses que não podem deixar que os objetivos de cuidado propostos sumam aos nossos olhos, mas ser um contribuinte de um cuidado humanizado, sendo a valorização da família uma atitude fundamental para estabelecer o vínculo e a confiança, assim como considerar o contexto do domicílio.

Ao finalizar esse relato, salienta-se a importância do cuidado domiciliar e das aulas práticas e estágios, pois enriquecem infinitamente o conteúdo ministrado em sala de aula, propiciando ao aluno, por inúmeras vezes, experiências que serão sempre lembradas, revelando as especificidades do cuidado domiciliar e a importância que esta possibilidade de trabalho pode acrescentar na formação profissional de futuros enfermeiros.

REFERÊNCIAS

- 1 Cardoso LS. Exercícios e notas para formular uma pesquisa. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2000.
- 2 Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latino-am Enferm.* 2002;5(10). [acesso em 2007 Jul 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext?pid=S0104-11692002000500016>.
- 3 Santos VLCG. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas a algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 265-306.
- 4 Lacerda MR, Oliniski SR, Giacomazzi CM, Venturi KK, Truppel TC. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva *Online Braz J Nurs [periódico na Internet]*. 2007 Jan [acesso em 2001 Fev 21] 6. Available from: <http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm>.
- 5 Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 6 Benedet SA, Bub MBC. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
- 7 Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 102-10.
- 8 Gonçalves LHT, Silva YF, Pfeiffer S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. *Cogitare Enferm.* 1996;1(2):39-47.
- 9 Lacerda MR. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivências do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- 10 Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(5):538-41.
- 11 Brasil VV, Alencar CCP, Mucci I. Refletindo sobre a formação e desempenho do docente de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1996 Jul/Dez;1(2):81-5.
- 12 Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. *Cogitare Enferm.* 2005 Mai/Ago;10(2):84-9.