

Contextualização

Marcelo Marcos Piva Demarzo, Julie Silvia Martins e
Lucilia de Fatima Auricchio



Introdução

No presente texto abordaremos o caso **Dona Margarida** numa perspectiva geral, organizando-o didaticamente nas seguintes dimensões:

1. da **gestão** clínica e do processo de trabalho em equipe interdisciplinar, envolvendo também a questão da educação permanente; e
2. do **cuidado** individual, familiar e coletivo/comunitário, envolvendo aspectos clínicos e de educação em saúde.

Gestão da clínica e do trabalho em equipe

Este caso apresenta um tema de suma importância para a organização do trabalho dos profissionais e equipes: a visita domiciliar. Aqui será dado foco para as visitas dos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, sendo as visitas dos ACS e auxiliares tratadas em outro momento.

Sendo as visitas domiciliares parte da agenda programática da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitos profissionais, como os da equipe da UBS Santo Antônio, não têm experiência e/ou rotina para sua organização. Acabam por realizá-las por demandas urgentes ou quando o ACS julga necessário, somente. O tema Atenção Domiciliar apresenta uma reflexão acerca do assunto, inclusive uma discussão mais aprofundada sobre as visitas de urgência na ESF e a utilização de escalas de priorização e classificação.

Observamos neste caso que tanto Érico quanto Joana se surpreendem ao perceber a necessidade de fazer uma visita inesperadamente. O dentista pela inexperiência e a médica pelo fato de entender que a ESF é um espaço para promoção e prevenção de saúde, e não para assistência de urgência. Mesmo assim, deixa de ir ao “grupo” de diabéticos e prioriza a visita, por se perceber responsável pela paciente. Ambos conseguem, habilmente, superar suas angústias e voltar sua prática à necessidade da comunidade, que é na realidade um dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS).

Outra questão referente à gestão da clínica e do trabalho em equipe, e que se correlaciona com o que abordamos nos cuidados familiares, seria:

Como identificar “famílias de risco”, priorizando cuidados integrados para esses grupos de maior vulnerabilidade?

Não existe apenas uma resposta para essa pergunta, e o mais importante é a própria equipe discutir e chegar a consensos sobre como organizar sua agenda e atividades junto às famílias. Vale lembrar, porém, que alguns autores

já se debruçaram sobre essa questão, como Coelho e Savassi, que desenvolveram uma escala de risco para o trabalho com famílias na APS (conheça-a em <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/104/pdf>), e o próprio Ministério da Saúde e seus parceiros, que elaboraram um manual para a organização da Atenção Domiciliar na APS.

Cuidados individual, familiar e coletivo

Utilizaremos o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), incluindo a lista de problemas/necessidades de saúde e as notas de evolução do já conhecido SOAP, e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).



Destaque

Mais uma vez, queremos deixar claro que o ponto de vista aqui proposto é um recorte entre outros possíveis, **cabendo aos especialistas** e tutores aprimorá-lo em discussões durante o fórum, com base em outros referenciais e na prática diária.

Problemas, necessidades e planos individuais

Centraremos a discussão do cuidado individual no caso de Dona Margarida.

Dona Margarida

Dona Margarida é uma pessoa idosa, e é característica dessa fase da vida a presença concomitante de múltiplas condições e problemas crônicos de saúde, eventualmente evoluindo com agudizações ou novos problemas, quadro conhecido na literatura como “multimorbidade”. Esse panorama é de grande complexidade de gestão e gerenciamento clínico, sendo imprescindível um modelo de atenção em saúde adequado, que atue com base na integralidade e na coordenação de cuidados de forma interdisciplinar – sendo então a APS e a ESF cenários privilegiados para esse tipo de atuação.

O caso apresenta informações detalhadas sobre Dona Margarida, e assim podemos identificar inicialmente alguns problemas e necessidades de saúde, listados a seguir com a respectiva tentativa de classificação CIAP, que é de uso multiprofissional. Vejamos uma possível lista de problemas para Dona Margarida, pensando no RCOP:

- **Disúria, algúria e dor suprapúbica há sete dias** – CIAP: U01 Disúria/micção dolorosa; U13 Sinais/sintomas da bexiga e outros;
- **Lesões bucais** – CIAP: D82 Doença dos dentes/gengivas; D83 Doença da boca/língua/lábios;
- **Dificuldade para se alimentar** – CIAP: T05 Problemas alimentares do adulto;
- **Problema na continuidade da atenção** – CIAP: Z10 Problema relacionado com sistema de saúde;
- **Viuvez** – CIAP: Z23 Perda/falecimento de familiar;
- **Teste de minimental alterado (20 pontos)** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal; NEP20 Alterações da memória; P70 Demência;
- **Baixa acuidade visual** – CIAP: F28 Limitação funcional/incapacidade;
- **Incontinência urinária aos esforços há cinco anos** – CIAP: U04 Incontinência urinária;
- **Avaliação funcional de grau B para atividades básicas de vida diária** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal; A28 Limitação funcional/incapacidade NE;
- **Escala de Lawton para atividades instrumentais de 14/27** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal NE; A28 Limitação funcional/incapacidade NE;
- **Varizes** – CIAP: K95 Veias varicosas da perna;
- **Osteoartrose** – CIAP: L15 Sinais/sintomas do joelho; L90 Osteoartrose do joelho.

Pelas características dos problemas urinários agudos de Dona Margarida, podemos pensar num quadro síndrome de infecção do trato urinário (ITU), associado à condição crônica de incontinência urinária. É possível também identificar uma piora cognitiva e um quadro alucinatorio a partir de um quadro orgânico infeccioso, o que chamamos de *delirium*. Dona Margarida também apresenta diversos problemas ativos de saúde bucal, que têm interferido na sua capacidade de se alimentar, afetando provavelmente seu estado nutricional.

Nesta situação é imprescindível que o plano de cuidados para os problemas agudos de Dona Margarida também leve em consideração suas condições crônicas, especialmente o quadro demencial, o que torna ainda mais complexo o manejo do caso de forma integral (veja mais em Atenção Domiciliar).

Nesse mesmo sentido, para o seguimento longitudinal de Dona Margarida, a equipe poderia propor um projeto terapêutico de cunho interdisciplinar, com base nos principais problemas e necessidades referidos e identificados,

priorizando ações e estabelecendo metas e papéis para cada membro da Equipe de Saúde da Família. É importante que se defina um profissional que faça o papel de coordenador dos cuidados voltados para Dona Margarida, para garantir que haja efetivamente um seguimento coordenado para o caso.

Vale notar o possível problema de continuidade do cuidado devido ao que é relatado no caso, pois já havia uma lista de problemas prévia que apontava para os principais problemas de Dona Margarida, e mesmo assim a paciente continuava sem abordagem integral de seus problemas e necessidades, “reagudizando” alguns quadros com certa frequência.

Durante a abordagem de Dona Margarida, também aparece uma questão importante de saúde pública nos dias de hoje, que são os protocolos de rastreamento. Foram comentados alguns exames que lhe haviam sido solicitados, como colesterol, glicemia e mamografia. Poderíamos pensar ainda em outros procedimentos, como o rastreamento de cânceres de colo uterino e de intestino. Haveria indicação para esses tipos de rastreamento, em relação à literatura e às condições específicas de Dona Margarida? É importante destacar que o termo “rastreamento de doenças” refere-se a quando há investigação em quadros assintomáticos, para diagnóstico precoce.



Saiba mais...

Confira uma discussão mais ampla sobre o tema nos endereços:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf e

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf.

Pelo quadro demencial, que já é uma síndrome com múltiplos sintomas, cabe a realização de alguns exames para investigação de causa ou fatores associados. Veja mais na fundamentação teórica Demência.

Outra questão a ser levantada seria a de como fazer o registro, em formato SOAP, dos atendimentos de Dona Margarida. Uma possibilidade é apresentada sumariamente a seguir, com base nas informações do caso:

1ª consulta

S	<ul style="list-style-type: none"> Dra. Joana foi chamada para atender em domicílio Dona Margarida, de 75 anos. Margarida teve três filhos com o marido e mora agora na companhia de sua filha mais nova, Jandira, de 54 anos, e sua neta Inês, de 32. Jandira é divorciada de João e trabalha como diarista; Inês é manicure. O atendimento domiciliar foi solicitado de urgência.
O	<ul style="list-style-type: none"> Apresentava quadro de disúria, algúria e dor suprapúbica de sete dias de evolução, sem febre
A	<ul style="list-style-type: none"> Infecção do trato urinário; Necessidade de tratamento de urgência / falta de acompanhamento coordenado, integral e continuado
P	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar tratamento empírico com Sulfametaxazol+Trimetropim 800/160 BID por sete dias; Revisar em dois dias; Levar o caso para discussão da reunião da equipe, de forma a ampliar a rede de cuidado e cuidadores; Estabelecer um projeto terapêutico para Dona Margarida em conjunto com a família.

2ª consulta

S	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Joana vai ao domicílio de Dona Margarida e, ao cumprimentá-la, essa não a reconhece. Jandira (filha) refere que este sintoma está presente há aproximadamente cinco anos. Atualmente apenas lembra-se claramente das coisas da sua infância e adolescência. Troca o nome da neta. Dona Margarida, ao ser incentivada, narra a sua história de vida com foco no relacionamento de amor com o marido já falecido. Não apresenta sintomas cardiovasculares nem pulmonares, tem incontinência urinária de longa evolução (geralmente ligada a esforço e tosse). Não faz uso de medicações contínuas. Jandira mostra expectativa aos possíveis “remédios” para a situação de sua mãe. Jandira refere que Margarida queixa-se de dores nos dentes, e que tem dificuldade de se alimentar devido ao problema.
O	<ul style="list-style-type: none"> • Corada, hidratada, sem edemas; • PA - 130 x 800 mmHg; FC - 88bpm; • Sem sinais neurológicos focais; • Bulhas cardíacas sem alterações; • Murmúrio visicular fisiológico, com ruídos descontínuos inspiratórios em bases pulmonares (crepitações); • Desconforto à palpatação suprapúbica; • Lesões nas comissuras labiais (queilites).
A	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro demencial; • Lesões em bocas e dentes; • Dificuldade para se alimentar.
P	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de acompanhando longitudinal e coordenado em equipe; • Orientações de segurança e risco de queda; • Discutir em equipe maneiras de incluir outros membros no cuidado, principalmente a equipe de saúde bucal; • Discutir formas de ampliar a rede de cuidadores de Dona Margarida; • Apoiar Jandira no cuidado a Dona Margarida.

Problemas, necessidades e planos de cuidados familiares

Com as informações disponíveis sobre a família de Dona Margarida, podemos identificar inicialmente alguns problemas e necessidades de saúde no nível familiar, com foco no impacto que familiares com problemas crônicos têm na dinâmica familiar, principalmente em quadros demenciais.

Uma questão evidente é que Jandira, filha e cuidadora informal de Dona Margarida, provavelmente está passando por um quadro que pode ser classificado como “sobrecarga do cuidador” (CIAP: Z22 Problema por doença familiar; A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde). A equipe deve elaborar um plano de cuidados para Jandira, levando em conta tal particularidade, podendo também planejar, por exemplo, um treinamento para capacitá-la para os cuidados com Dona Margarida. Nesse sentido, seria importante identificar se os outros dois filhos de Dona Margarida, ou mesmo a neta Inês, também poderiam compor a rede de apoio, auxiliando Jandira nessa tarefa. Pode ser necessária uma intervenção familiar mais elaborada, com a realização de uma reunião com todos os membros para planejamento da divisão de cuidado, por exemplo. Mas esse passo só deve ser tomado com a equipe se sentindo segura e após uma pactuação com a filha Jandira, principalmente.



Saiba mais...

Preparar o ambiente domiciliar para uma pessoa idosa, por exemplo, pensando em prevenção de quedas, é outra importante ação no nível familiar. Leia mais sobre o assunto nos endereços: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf, e http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf.

Também se deve pensar num plano de cuidados para Inês, uma mulher de 32 anos, manicure, identificando se há problema de saúde ativo, ou simplesmente planejando ações preventivas efetivas para ela.

Problemas, necessidades e planos de cuidados coletivos e comunitários

Se refletirmos sobre as possíveis ações coletivas com foco na temática do caso, uma primeira pergunta que a equipe deveria responder seria:

Existem mais idosos nessas mesmas condições em nosso território?

O caso não traz essa informação, mas sabemos pelo estudo de caso do município que há uma proximidade da UBS Vila Santo Antônio da área da UBS Vitória, onde há uma população envelhecida e que está trazendo muitas demandas para a Equipe de Saúde da Família. Uma condição importante e prevalente seria, portanto, uma possível ação de cunho coletivo, ou seja, um “**grupo de cuidadores**” que atenderia pessoas como Jandira.

Conclusão

No caso **Dona Margarida** tivemos uma situação exemplar da **complexidade da gestão de cuidados em idosos** pelas equipes da ESF. Foi possível observar que, apesar dos problemas apontados neste texto, houve preocupação por parte da equipe com o acesso e a resolutividade diante dessa condição especial, intencionando uma atitude interdisciplinar de integralidade e coordenação do cuidado.