

# Dona Margarida

## Sumário

Dona Margarida .....	2
Incotinência urinária e infecção do trato urinário .....	8
Odontologia geriátrica .....	11
Saúde do idoso e demência .....	13
Atenção domiciliar .....	15
Varizes .....	20

# Dona Margarida



Já faz três meses que os equipamentos da sala de odontologia estão quebrados na UBS Vila Santo Antônio. O dentista Érico já saiu de férias, fez grupos e ainda continua desenvolvendo suas habilidades para atividades coletivas, já que não tinha aprendido nada a respeito durante o curso de odontologia na faculdade. Durante a reunião de equipe, perguntou para os ACS se alguém tinha alguma ideia sobre o que ele podia fazer. Daí o ACS Marcos veio com a resposta que ele mais temia:

- Sim, vamos fazer uma visita domiciliar a Dona Margarida, uma idosa da minha área.
- Érico não tem experiência em atendimento domiciliar, muito menos a pessoas idosas.
- A filha dela pediu ajuda ontem, pois está preocupada com a mãe e disse também que acha que ela está com dor de dente. – completou Marcos.





No mesmo dia, Érico vai, inseguro, para a visita domiciliar. É muito bem recebido por Jandira, filha de Dona Margarida, que relata que a mãe está estranha, mais confusa que o habitual, e não tem certeza se deixará ser examinada, ainda mais o exame da boca. Ao se aproximar de Dona Margarida, que se encontrava deitada no sofá, Érico percebe halitose, higiene deficiente, queilite angular nas comissuras labiais pela perda de dimensão vertical relacionada. Porém Dona Margarida não se dispõe a abrir a boca, tampouco dá confiança para o dentista. Marcos puxa uma cadeira e senta-se perto da paciente, pois já era “de confiança” para Dona Margarida. Sem saber o que fazer, Érico volta-se para Jandira e diz:

– É fundamental que vocês possam motivar a Dona Margarida a realizar sua higiene bucal. Isso não é apenas pela sua idade, mas também pelas suas condições de memória, percepção e aprendizado. – E virando-se para Dona Margarida, incentiva:

– Eu e a minha auxiliar, a Mariane, vamos cuidar de maneira muito especial da senhora, Dona Margarida. Podemos combinar assim? – Porém Dona Margarida não responde.

– Doutor, minha mãe está pior que o habitual. Esta noite falou umas coisas estranhas, até viu meu pai, que faleceu há anos, sentado na sua cama! – relata Jandira.

– É, isso é estranho. Minha avó passou por coisa semelhante quando ela teve uma pneumonia. Você acha que a Dona Margarida está com algum outro problema? Já pensou em levá-la na UAI?

– Ah, doutor, é tão difícil sair com ela de casa... – lamenta Jandira. – Se há algum outro problema? Sim, a urina dela está muito escura, com cheiro diferente...

– Bom, Jandira, vou voltar para o posto e conversar com a equipe. Quem sabe a Dra. Joana não vem aqui? Mas não sei se ela faz visita de emergência. Nossa equipe é muito comprometida, apesar de termos muita gente para cuidar naquele posto, você entende, não é? – diz Érico.

Após o almoço, no corredor da unidade, Érico passa para Joana a situação. Como Joana era nova no posto, não conhecia ainda todos os pacientes que



necessitavam de atendimento domiciliar. Porém essa situação, de mudança de comportamento, quadro alucinatório numa pessoa de idade, requeria uma avaliação urgente.

– Você falou para levá-la na UAI? – pergunta Joana.

– Sim, mas ela disse que é muito difícil tirar a mãe de casa – responde Érico.

Nesse momento, o ACS Marcos acrescenta:

– Jandira está muito cansada e sua filha, Inês, 32 anos, só vive para o trabalho num salão chique na cidade. É manicure. Dona Margarida tem 75 anos, é viúva de Seu Quinzinho, que morreu de derrame aos 85 anos. Mas continua apaixonada pelo marido e, como diz sua filha Jandira, “a mamãe vive no passado” – relata Marcos. E acrescenta:

– Dona Margarida teve três filhos com o finado Quinzinho e mora agora na companhia de sua filha mais velha, Jandira, de 54 anos, e de sua neta Inês, de 32. Jandira é divorciada de João e trabalha como diarista.

Joana a princípio achou estranho ter de fazer atendimentos domiciliares de “urgência”, pois não havia essa prática na equipe em que trabalhava antes de ir para a UBS Vila Santo Antônio (achava que na ESF só se fazia prevenção e promoção de saúde), e decide então passar rapidamente lá. Pede para a enfermeira Ana Lígia tocar o grupo de diabete sozinha, até ela voltar. Ao examinar o prontuário, nota que a última consulta de Dona Margarida tinha sido no domicílio, há dois anos, em função de uma agitação psicomotora e inapetência após o falecimento do marido, Quinzinho.

Chegando à casa da paciente, após algumas perguntas, é informada por Jandira que Dona Margarida apresenta quadro de disúria, algúria e dor suprapúbica com sete dias de evolução, sem febre. Decide então iniciar o tratamento empírico com Sulfametoxazol + Trimetoprim 800/160 BID por sete dias. Além disso, pensa: “Vou levar o caso para a reunião, de forma a facilitar a discussão que quero levantar sobre a organização da atenção domiciliar na equipe”.

Na reunião, Joana pôde perceber que a atenção domiciliar em casos agudos era uma prática comum. Também identificou que a equipe não dispunha de instrumentos para organizar as visitas aos pacientes com agravos crônicos (por exemplo, os atendimentos eram marcados “só quando a família entrava em contato com a equipe”). O caso em estudo foi decisivo para que, durante a discussão, a equipe fizesse, sob a supervisão de Joana e da enfermeira Ana Lígia, um plano terapêutico para Dona Margarida. O ACS Marcos seria responsável por agendar os atendimentos na frequência e na periodicidade decididas, e Ana Lígia iria fazer um atendimento inicial de Avaliação Global do Idoso. Érico se responsabilizou por estudar critérios para organização de visita domiciliar na Atenção Básica, pois ficou entusiasmado com a riqueza que é conhecer o paciente no seu domicílio.

Na semana seguinte, Ana Lígia trouxe as suas impressões:

– Pessoal, após o meu atendimento, encontrei os seguintes problemas: baixa acuidade visual, má higiene bucal, lesões nos lábios e comissura labial, incontinência urinária, teste de minimal alterado (20 pontos, avaliação funcional de grau B para atividades básicas de vida diária e Escala de Lawton para atividades instrumentais de 14/27).

E continuou:

– Sugiro que façamos um acompanhamento da Jandira, ensinando a ela algumas técnicas para lidar com a dependência parcial da mãe. Também acho importante o Érico ou a Mariane voltarem lá para completar o exame de saúde bucal e que a Joana faça até um novo atendimento, a fim de avaliar melhor a possível demência e a incontinência. O que acham?

A seguir, houve uma acalorada discussão sobre o papel do cuidador no caso, considerando que Marcos relatou sua impressão de que Jandira estava “muito cansada” e que “precisava de um psicólogo”. Joana e Ana Lígia pareciam preocupadas com a visão dos ACS de que os pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico tivessem obrigatoriamente

de passar por um psicólogo. Por fim, a equipe decidiu em conjunto que, antes de “encaminhar a cuidadora” ao serviço de saúde mental, convidariam Jandira para um atendimento individual.

Assim, Joana iniciou o acompanhamento rotineiro de Dona Margarida. Na sua segunda visita, no fim da tarde, encontrou a filha Jandira e a neta Inês em casa.

– Boa tarde! – cumprimenta Joana.

– Boa tarde! – respondem as três.

– E aí, pessoal, tudo bem? – pergunta Joana.



– Tudo – respondem.

– E a senhora, Dona Margarida, tudo bem? – continua Joana.

– Estamos aí, minha filha. Essa casquinha... – responde, sem muito ânimo.

– A senhora está lembrada de mim? Vim aqui há uns vinte dias.

(Silêncio) Jandira toma, então, a palavra:

– Ó, doutora, de memória a mamãe não lembra muito bem não, né, mãe?

(Silêncio) Joana se sente um pouco incomodada e ansiosa com esses silêncios profundos. Decide, então, explorar melhor os sintomas da paciente:

– Mas, Dona Margarida, há quanto tempo a senhora tem esses “problemas de memória”?

– Olha, minha filha, eu não sei, não. Quem sabe dessas coisas é a minha filha, que me acompanha e ajuda aqui em casa.

– Hummmm... – responde Joana.

Jandira novamente intervém:

– Doutora, deve ter uns cinco anos que a mamãe começou a caducar. No começo, ela esquecia coisas assim, que tinha feito há pouco tempo, do tipo onde pôs as chaves, se deu ou não comida para os cachorros. Com o tempo foi piorando, esquecendo o nome dos netos e filhos, das coisas...

– E hoje? – pergunta Joana

– Ah – diz Jandira –, hoje tá a mesma coisa. Mas uma coisa é impressionante: ela lembra de coisas da sua infância e adolescência com uma nitidez, né, mamãe? Fala pra gente como é que foi o seu noivado.

– Minha filha, foi uma coisa linda... – começa a descrever Dona Margarida.

Dona Margarida conta uma longa história de amor e aventuras vividas por ela e seu finado marido. Ao final do relato, Joana se sente emocionada com a oportunidade de conhecer tão grande história de amor.

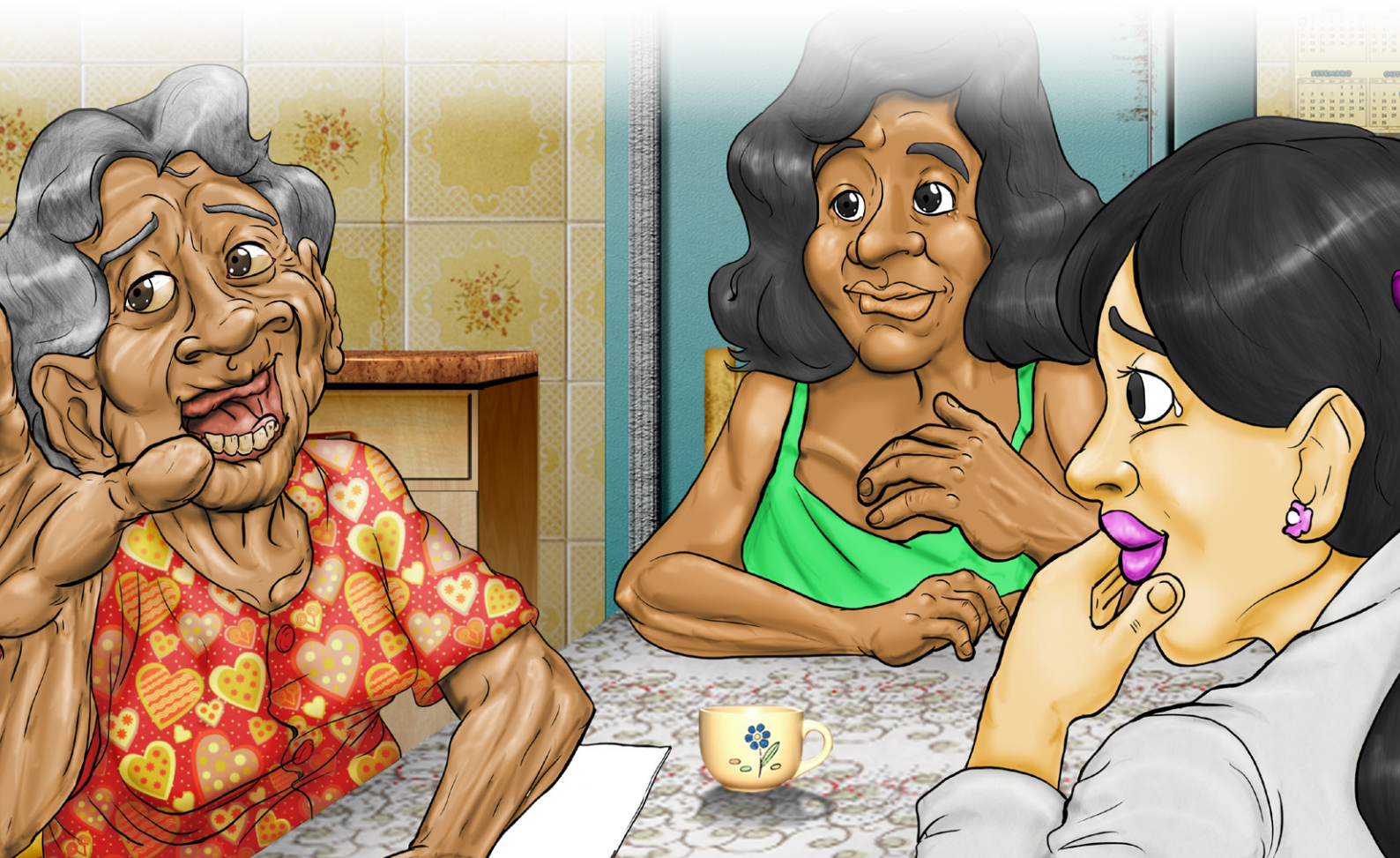
– Muito bem, Dona Margarida, que história, hein? A senhora é sortuda... Teve um bom marido, carinhoso com você e suas filhas. E os netos e netas?

– Ah, minha filha, são muitos...

– E essa neta que mora aqui com a senhora? Como é o nome dela, mesmo?

– Ah... a Jandira.

– Mas a Jandira é sua neta?



- Não, não... a Marlene?
- A senhora lembra o nome dela?
- Não é Marlene?
- Não, essa daqui é a Inês, não é mesmo?
- É, Inês.

Jandira aproveita para expor um pouco de sua expectativa sobre o tratamento:

- Tá vendo, doutora? Não tem um remédio para a memória da mamãe, não?
- Existem alguns, Jandira. Mas é necessário que eu conheça mais algumas coisas sobre o problema antes de pensar no tratamento. Você me disse que a evolução da perda de memória foi lenta, não é?
- Sim, foi devagar.
- Teve algum momento em que foi mais rápido ou houve uma mudança rápida para pior?
- Não que eu lembre.
- E como é o comportamento dela dentro de casa?
- Bom, ela não é muito de sair, não. Se deixarmos, fica só dentro de casa. Temos de dizer: “Vamos, mãe, dar uma volta, ficar dentro de casa faz mal.”
- E em casa?
- Fica escutando um radinho, ela gosta muito de música. Bolero, então...

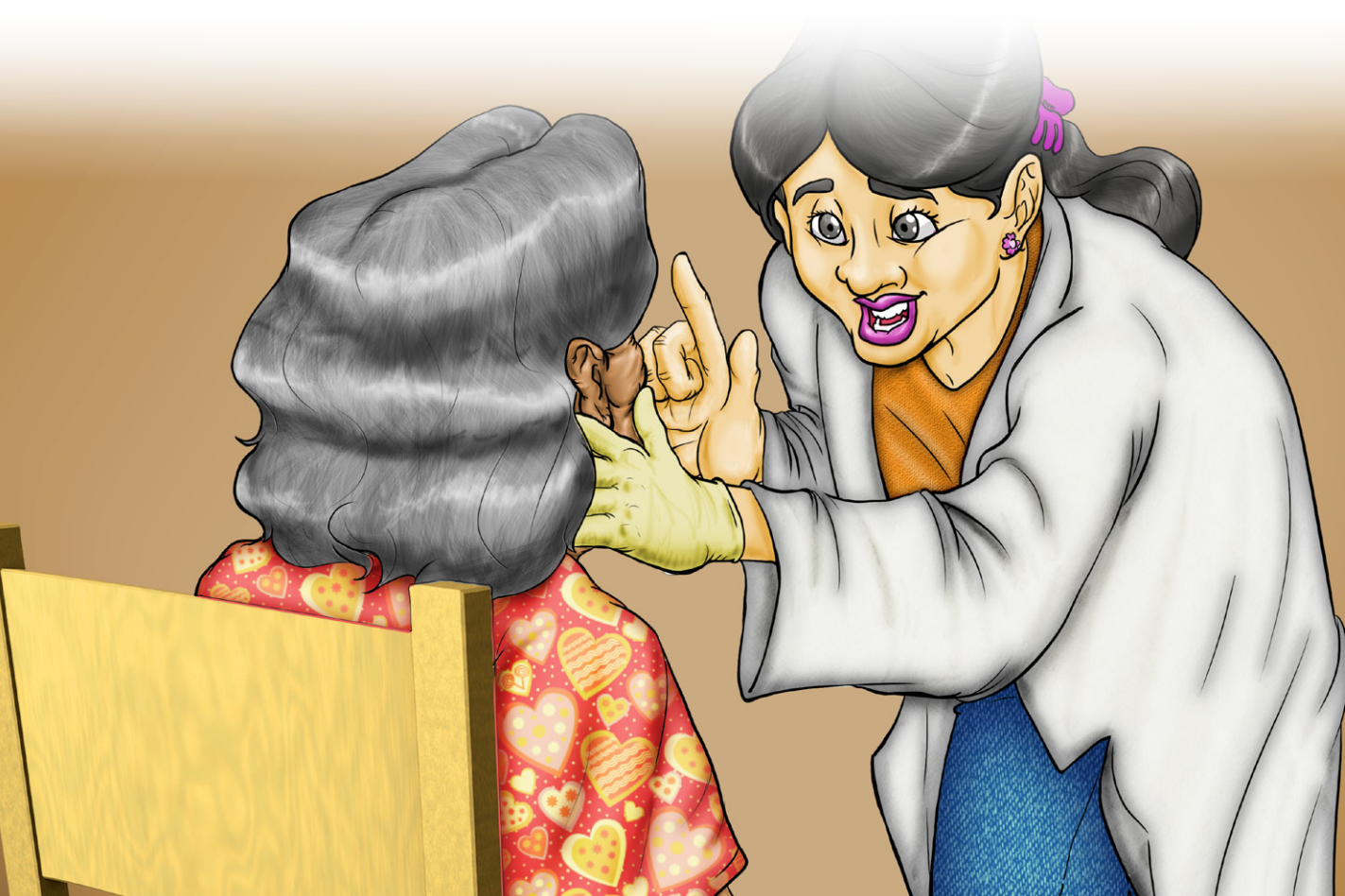
A anamnese continua. Dona Margarida não apresenta sintomas cardiovasculares nem pulmonares, tem incontinência urinária de longa evolução (geralmente ligada a esforços e tosse). Já teve vários episódios de infecção de urina. Não está em uso de medicações contínuas. Joana então decide examiná-la:

- Vamos dar uma olhadinha na senhora?

Dona Margarida encontra-se corada, hidratada, sem edemas. P.A. 130 x 80, FC: 88 bpm. Sem sinais neurológicos focais. Bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos. Murmúrio vesicular fisiológico, com ruídos descontínuos inspiratórios em bases pulmonares (crepitações). Desconforto à palpação suprapúbica.

Antes de passar as suas impressões à família, a médica faz uma rápida revisão do prontuário orientado ao problema (POP) de Margarida. Sua lista de problemas anteriores era: demência, varizes e osteoartrose (problemas crônicos), pneumonia e ITU (problemas agudos). Os últimos exames realizados foram mamografia (há cinco anos) e um exame de colesterol, glicemia e triglicérides (há um ano). Não tem registro de citologia oncótica e densitometria óssea.

- Vou pedir também para o Érico, dentista, dar um pulinho aqui, tá bom? – diz Joana.





– Ótimo, doutora, pois ela queixa-se de dores nos dentes, que tem dificuldade em se alimentar, principalmente alimentos sólidos e muito duros, comendo sopa e alimentação mais pastosa e mole – comenta Jandira. – Seus dentes estão muito moles, sangram e parece que vão cair a qualquer momento. Além disso, a mãe queixa-se de feridas no canto da boca e sente gosto ruim e forte mau hálito. Às vezes quero ajudar a limpar a boca, mas ela rejeita ajuda de outras pessoas, pois diz que “não está incapacitada” – completa Jandira.

A médica observa que a paciente apresenta lesões nas comissuras labiais (queilites) devido à perda da dimensão vertical, mas há lesões suspeitas no lábio superior que devem ser avaliadas quanto à possibilidade de neoplasia.

Tanto Jandira como a neta Inês acreditam que Dona Margarida deve estar com problemas dentários bem graves e acham que ela deveria extrair todos os dentes e colocar dentadura para eliminar o problema de vez.

Joana orienta que extrair todos os dentes remanescentes para colocar uma prótese nem sempre é a melhor solução e acrescenta que elas poderiam ajudar Dona Margarida na higiene bucal.

Passadas duas semanas, Érico volta para a casa de Dona Margarida. Nesse meio tempo, teve a oportunidade de estudar um pouco a rotina de atendimento ao idoso no domicílio, aprendeu sobre a classificação da Cruz Vermelha Espanhola e entendeu um pouco mais sobre Doença de Alzheimer e os riscos que o idoso frágil tem, em especial por dificuldades de se alimentar, como parecia o caso da Dona Margarida. “Será que vou conseguir examiná-la hoje?”, pensou.

Para sua surpresa, Érico é recebido na cozinha por Dona Margarida:

– Oi, doutor, seja bem-vindo, é a primeira vez que vem aqui? – diz Dona Margarida, que coopera com o exame odontológico e responde às perguntas de Érico, ainda que de forma confusa.

Érico constata alto índice de placa bacteriana, cálculo, gengivite e periodontite, com perda óssea generalizada, com médio ou alto grau de mobilidade em vários elementos dentários e perda de elementos anteriores e posteriores. Percebe, no entanto, melhora da higiene e da queilite. – Vocês passaram a cuidar melhor da boca dela, não é? – pergunta Érico.

A filha e a neta fazem sinal positivo com a cabeça, mas a paciente não responde.

– Jandira, serão necessários alguns exames, como raios X – informa Érico. – Você acha que consegue levar sua mãe à Unidade de Saúde? Será que ela aceita o tratamento odontológico? Ela me parece um pouco confusa... Além disso, precisamos avaliar o protocolo de encaminhamento para a Atenção Secundária... Jandira, é importante avaliar essas lesões do lábio – completa Érico. – Acho que o exame, o diagnóstico e, se necessário, o tratamento devem ser feitos pelo estomatologista, devido à possibilidade de lesões cancerizáveis. A ideia é garantir que a Dona Margarida seja cuidada da melhor maneira possível.

– Doutor, eu posso até levá-la, mas acho que vamos ter que dar um remédio para ela acalmar – avalia Jandira.

# Incontinência urinária e infecção do trato urinário

Ivaldo Silva e Sonia Maria Garcia Vigêta



Este é um caso fictício, mas que encontramos com muita frequência na Atenção Primária à Saúde.

Paciente na pós-menopausa com queixas de disúria e polaciúria. Além disso, apresenta perda urinária aos esforços (incontinência urinária de esforço – IUE) e grau leve de demência.

Devemos ressaltar alguns pontos importantes. Primeiramente, a discussão da periodicidade das visitas em paciente crônica. Pacientes com doenças crônicas necessitam de uma continuidade de acompanhamento, e não somente quando existe um sintoma novo ou uma descompensação do quadro clínico.

Em segundo lugar, pacientes com mais idade normalmente são cuidados por parentes e, portanto, devemos sempre ter o cuidador junto ao atendimento clínico para obter informações sobre o paciente e para promover orientação de como auxiliar no tratamento. O cuidador talvez precise de mais ajuda que o próprio paciente; no caso de Dona Margarida, a filha dela diz que está muito cansada.

A paciente apresenta queixa de perda da memória (sinais de demência), assunto que será discutido em outro tópico. Tem incontinência urinária de esforço (IUE) de longa data, que deve ser leve, pois tem relação com tosse e esforços (sem mais informações). A IUE é muito comum em mulheres e há um aumento da incidência com a idade, principalmente após a menopausa, devido à diminuição do estrogênio e, como consequência, atrofia de vários tecidos e da musculatura pélvica. A própria IUE pode facilitar a ocorrência de infecção urinária.

A paciente apresentou vários episódios de infecção de urina, os quais devem ser acompanhados para verificar o fator desencadeador, como higiene, hábitos de manter a bexiga cheia, doenças concomitantes com diabetes etc.

De acordo com o caso, a paciente não é avaliada pela equipe há mais de um ano, o que demonstra não adesão da paciente ou mesmo falha do atendimento da equipe de saúde.

Dra. Joana observou no primeiro momento queixas de infecção de urina (disúria e polaciúria) e indicou tratamento com antibiótico por sete dias. Devemos após o tratamento da queixa de urgência acompanhar a paciente para verificar as possíveis causas de infecção. Também devemos solicitar cultura de urina para verificar se o tratamento foi eficaz, pois sabemos que pode existir resistência de algumas bactérias a certos antibióticos.

Quanto ao quadro de incontinência urinária, é importante conhecermos um pouco de sua fundamentação teórica: é definida como a perda involuntária de urina que leva a um problema social/higiene para seu portador. O processo de envelhecimento do sistema urinário cursa com alterações em sua morfologia e função, como a hipertrofia dos músculos da bexiga, reduzindo a sua capacidade de expansão e armazenamento (300 ml), o que resulta no aumento da frequência urinária durante o dia e a noite. Ocorrem alterações na fisiologia renal com mudanças no controle neural do ato urinário, tornando ineficiente o esvaziamento da bexiga, e com o enfraquecimento dos músculos, o que pode promover a retenção de grandes volumes de urina. A retenção urinária predispõe os idosos ao aparecimento de infecção no trato urinário. A eficiência da taxa de filtração da urina pelos rins diminui com a idade, afetando a capacidade do organismo



de eliminar fármacos, glicose e outras substâncias. A avaliação do distúrbio miccional pelo paciente e/ou pela pessoa que cuida deve constar da entrevista, perguntando sobre frequência, continência, se há dor e características da urina e como ocorre a eliminação intestinal. Também devem constar os antecedentes obstétricos, cirurgias pélvicas, tabagismo, etilismo, doenças coexistentes, medicações em uso, desempenho cotidiano e grau de dependência e o impacto psicológico e social do sintoma na vida do idoso/cuidador (ELIOPOULOS, 2011; SMELTZER et al., 2009).

Após uma história benfeita, devemos proceder uma avaliação clínica através de exames de urina e de sangue (dosagem da glicemia, ureia e creatinina séricas). Em unidades especializadas, são realizados exames urodinâmicos, tendo como básicos: urofluxometria (avalia o fluxo urinário), cistometria (avalia a função da bexiga) e eletromiografia esfinteriana, e como complexos: medidas simultâneas de bexiga, uretra e reto em repouso, com esforço e durante a micção. Uma avaliação ambiental também é importante, constando de: investigação da proximidade do banheiro (iluminação, acesso), altura da cadeira/do vaso sanitário (40 cm) e para quadril rígido ou doloroso (suporte de plástico ou metálico) e roupa que facilite a independência do idoso em ir ao banheiro.

As incontínências urinárias (IU) permanentes podem ser classificadas da seguinte forma:

- **IU de esforço:** ocorre por meio de um escape involuntário de urina, quase sempre em pequenas quantidades, com aumento da pressão intra-abdominal (por exemplo, tosse, risos ou exercício). É relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico ou incompetência do esfíncter da uretra. Apresenta-se como a segunda causa mais comum de IU nas mulheres.
- **IU de urgência:** apresenta um extravasamento de urina, quase sempre em volumes grandes, pela incapacidade de retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical. Tem como causa a hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a condições locais, como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose, ou por alterações do sistema nervoso central, como acidente vascular encefálico, demência, parkinsonismo ou lesão espinal.
- **IU de retenção urinária:** apresenta um escape de urina, quase sempre em pequenas quantidades, e/ou secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e/ou da função esfinteriana. É causada por obstrução anatômica que pode ser da próstata ou por uma cistocele.
- **IU funcional:** apresenta-se com um escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente. Normalmente vem acompanhando uma demência grave, imobilidade ou depressão (SMELTZER et al., 2009).

Além do diagnóstico e das orientações médicas em relação à incontínência urinária, a enfermeira exerce importante papel e deve implementar cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem (NANDA). São eles:

1. Eliminação urinária prejudicada devido ao aumento da frequência urinária e à nictúria. Meta: que o paciente consiga recuperação total ou parcial do controle da bexiga. Ações de enfermagem: aumentar sua consciência da quantidade e da regulação temporal de toda a ingestão de líquidos; monitorar a ingestão e a eliminação; evitar tomar diuréticos depois das 16 horas; evitar irritantes da bexiga, como caféina, álcool e aspartame; empreender as etapas para evitar a constipação, como beber líquidos (1.500 ml por dia), ingerir dieta balanceada e rica em fibras, exercitar-se regularmente e tomar os emolientes fecais quando recomendado; urinar regularmente, cinco a oito vezes ao dia, a cada duas a três horas; garantir acesso ao banheiro ou comadre ou cadeira sanitária. Em locais de assistência especializada, é possível a assistência por meio das terapias comportamentais com a orientação para realização dos exercícios da musculatura pélvica todos os dias (exercício de Kegel); aplicação de estímulos elétricos por meio do tampão intra-anal; uso dos cones vaginais; biofeedback e manobra de Credé. E parar de fumar, pois os fumantes tosse com frequência, o que aumenta a incontínência. Orientar produtos de acessórios para IU existentes no mercado.
2. Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à incontínência por pele úmida. Meta: o paciente deve permanecer seco e sem odores. Ações de enfermagem: verificar o paciente para ver se está molhado (a cada duas horas trocar suas roupas e a roupa de cama); limpar e secar completamente a pele do paciente após episódios de incontínência; avaliar diariamente a condição da pele.
3. Risco de lesão por quedas devido à presença de urina no chão. Meta: o paciente não sofrer queda relacionada à urina perdida. Ações de enfermagem: providenciar dispositivo eficaz de contenção da urina, roupa íntima especial; verificar regularmente o ambiente do paciente quanto à presença de urina no assoalho.
4. Baixa autoestima crônica relacionada à incontínência por situação traumática. Meta: o paciente recupera ou mantém os papéis e as funções desejados. Ações de enfermagem: estimular o paciente a expressar os sentimentos; oferecer explicações realistas às causas, ao manejo e aos prognósticos do tipo de incontínência do paciente; ajudar o paciente a vestir-se com as roupas para sair; evitar discutir a incontínência diante de visitas e outros pacientes; garantir que cuidadores e familiares tratem o paciente com dignidade. Outros diagnósticos de enfermagem: dor aguda evidencia observação de dor na infecção, câncer, retenção urinária, disúria. Déficit

no autocuidado para higiene íntima por incapacidade de chegar ao vaso sanitário por imobilidade, demência. Distúrbio na imagem corporal por respostas não verbais a mudanças reais no corpo. Padrão de sono prejudicado por nictúria. Interação social prejudicada pela vergonha dos sintomas, do cheiro. Frequência e desconforto na retenção urinária.

## Referências

**DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

ELIOPOULOS, C. Eliminação urinária. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem gerontológica.** Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 324-332.

SMELTZER, S. C et al. In: BRUNNER; SUDDARTH (Ed.). **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Incontinência urinária.** Trad. F. D. Mundim, J. E. F. Figueiredo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1326-1359.

## Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)> Acesso em: 02 jul. 2013, p.30-48;101-115; 142.

CAMARA, V. D. et al. **Reabilitação cognitiva das demências.** Rev Bras Neurol, v. 45, n. 1, p. 25-33, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental State.** A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J. Psychiat. Res., v. 129, p. 189-198, 1975.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia.** Barueri, SP: Manole, 2004.

PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas – **Demência por doença de Alzheimer** – (Nacional). 2002. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p843\\_protocolo\\_alzheimer\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p843_protocolo_alzheimer_idoso.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa:** ficha prontuário espelho. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_idosa\\_manual\\_preenchimento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SÃO PAULO (PREFEITURA). Secretaria Municipal de Saúde. **Cuidados domiciliares de saúde guia de apoio.** São Paulo, 2007. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo\\_domiciliares\\_final.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_domiciliares_final.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2013.

STOPPE JR., A; JALUUL, O. **Alterações cognitivas e comportamentais.** In: LOPES, A. C. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca, 2006, p. 4376-4389.

WORLD Health Organization. **Home-based long-term care.** Report. Geneva, 2000. (WHO – Technical report series, 898).

# Odontologia geriátrica

Maria Angela Martins Mimura



O caso de Dona Margarida nos expõe alguns problemas que têm origem nos tecidos duros e moles da boca, tais como os dentes e o tecido periodontal. Na visita domiciliar, o dentista Érico pôde constatar alto índice de placa bacteriana, cálculo dental, gengivite e periodontite com graus variados de mobilidade dental. Inicialmente, quanto a esses problemas, quais seriam as atitudes a se tomar? A queilite angular citada pode ser resultante apenas da higiene deficiente e da perda da dimensão vertical? Ou algum outro fator pode estar envolvido?



## Destaque

O fato de Dona Margarida apresentar quadro de demência altera muito a sequência do plano de tratamento? De que forma? Não podemos nos esquecer ainda das supostas lesões nos lábios superiores. Embasados no que já foi visto no caso Ilha das Flores e no que foi discutido quanto às lesões cancerizáveis, há a possibilidade de a lesão no lábio superior de Dona Margarida ser cancerizável?

A primeira atitude a ser tomada sempre é atender às emergências das quais o paciente se queixa. No caso de Dona Margarida, são a dor nos dentes e a mobilidade dental, além do sangramento gengival. O dentista realmente precisa encaminhar a paciente para exame clínico completo no consultório, mesmo que haja alguma dificuldade no comparecimento desta à Unidade de Saúde devido aos seus problemas sistêmicos. Após a realização do exame clínico e de exames complementares, tais como as radiografias, Érico poderá saber qual é o melhor tratamento para Dona Margarida.

A realização das radiografias periapicais e talvez uma panorâmica podem trazer um pequeno atraso no tratamento, já que a paciente deverá ser encaminhada para um local específico para a realização desses exames, e nem todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com o aparelho radiográfico. De qualquer maneira, uma adequação do meio pode ser realizada na primeira consulta, com alívio de parte da dor que a paciente está sentindo.

Uma parte fundamental do tratamento odontológico neste caso é a motivação para a higienização bucal, que irá depender em grande parte da família da paciente, já que ela apresenta algum grau de dificuldade para a higienização. O ensinamento de técnicas adequadas de higienização para a família da paciente se faz de suma importância.

Outra questão delicada a ser discutida aqui é a halitose. Trata-se de uma queixa da própria paciente, ou são os familiares e as pessoas com as quais ela convive que sentem o odor? A halitose teria como causa principal os problemas dentários e periodontais, ou poderia haver mais alguma causa? Apesar de a halitose ter outras causas sistêmicas, o tipo e a forma de alimentação também contribuem para seu aparecimento (Dona Margarida faz uso de alimentação pastosa), e a principal causa é de origem bucal, na maioria dos casos.



## Destaque

Concomitantemente ao tratamento odontológico, não podemos nos esquecer da queilite angular apresentada pela paciente. O que você opina? É somente uma consequência da perda da dimensão vertical e da falta de higienização, ou algum outro fator está contribuindo para o seu aparecimento? Poderíamos pensar também numa infecção fúngica? Como seriam realizados o diagnóstico e o tratamento?

Devido ao fato de haver a presença de outras lesões na boca da paciente, será necessário o encaminhamento ao estomatologista (Atenção Secundária). Esse especialista poderá realizar o diagnóstico e o tratamento das lesões do lábio superior e da queilite angular.

Não havendo uma descrição das características clínicas das lesões dos lábios superiores, há uma dificuldade para saber o que elas podem representar. Há uma sugestão no caso da possibilidade de serem lesões cancerizáveis. Como já foi discutido no caso Ilha das Flores, quais são as características clínicas das lesões cancerizáveis? Quais são as lesões cancerizáveis? Como é feito o diagnóstico? Acredito que as informações contidas no referencial teórico do caso Ilha das Flores realmente possam responder às questões acima. Mas podemos incentivar o processo diagnóstico do caso da Dona Margarida.

A queilite actínica é uma lesão cancerizável bastante comum no Brasil. Com base nas informações das lesões de Dona Margarida, seria uma hipótese diagnóstica razoável? Ou poderíamos pensar mais em uma leucoplasia? A queratose irritativa, que **não** é uma lesão cancerizável, poderia ser também considerada uma hipótese diagnóstica? A queilite actínica acomete mais o lábio inferior; sem dúvida não pode ser abandonada, mas seria mais plausível se as lesões fossem localizadas no lábio inferior. Em relação à leucoplasia, também existe uma grande chance de ser a hipótese concreta. Acredito que a queratose irritativa esteja mais para uma hipótese mais certa, apesar de o diagnóstico ser realizado por meio de exames mais específicos, como a biópsia. A paciente apresenta má condição dentária, com mobilidade dental e perda de dimensão vertical, o que poderia causar um traumatismo maior nos lábios superiores. O nosso estomatologista tem muitos dados e informações com os quais trabalhar.

Não podemos nos esquecer também de que, após a adequação do meio, a paciente necessitará de reabilitação protética e novamente deverá ser encaminhada à Atenção Secundária para a confecção e a adaptação das próteses, sejam elas totais ou parciais removíveis. A adaptação das próteses em paciente com condições especiais, como é o caso de Dona Margarida, requer um cuidado e um período de acompanhamento maiores, principalmente da equipe da Estratégia Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal e da equipe como um todo.

A fundamentação teórica deste caso clínico apresenta muitas informações pertinentes às doenças e alterações citadas nesta atividade. Reserve um tempo para lê-la!

# Saúde do idoso e demência

Sônia Maria Garcia Vigêta e Daniel Almeida Gonçalves



O caso traz temas relevantes e comuns na Atenção Primária à Saúde (APS), pois enfoca um problema de alta incidência na população idosa: os quadros de demência. Trata-se de um adoecer crônico da memória recente ou de curto prazo de Dona Margarida, que a levará a perdas funcionais importantes, estabelecendo uma necessidade de que as pessoas no seu entorno deem um suporte social para sua sobrevivência.

Encontramos um serviço de saúde no Brasil não preparado para assistir o envelhecimento populacional, o qual se depara com uma desigualdade social e necessita de readequações familiares e comunitárias para assistir com dignidade a pessoa idosa.

A Atenção à Saúde do idoso também requer habilidades específicas dos profissionais de saúde. Algumas delas vimos neste caso, quando a enfermeira Ana Lígia realiza uma avaliação funcional do idoso no domicílio associada a miniexame do estado mental, para avaliação de alterações cognitivas relacionadas com a demência. Além do quadro funcional, outros aspectos são relevantes e devem ser de conhecimento do especialista em Saúde da Família, a saber:

- **Prática física regular:** a orientação de forma segura é muito importante, ainda que ponderada pela capacidade funcional do idoso. Deve estar diretamente relacionada a atividades diárias, como sentar-se e levantar-se e subir escada, por exemplo. A participação em grupos baseados em práticas integrativas, como o Tai Chi Chuan ou outras, está associada à melhora de condições físicas, incluindo melhora em padrão respiratório, alongamento muscular e redução no risco de quedas.
- **Nutrição:** muitos aspectos afetam uma boa nutrição do idoso. A saúde bucal, muitas vezes deixada a segundo plano, é um importante elemento e deve ter prioridade, como vimos neste caso. Há um déficit importante de vitamina D, o que hoje em dia já está relacionado com outras morbidades além da estrutura óssea. A ingestão de fibras também está abaixo do recomendado, o que está associado a uma morbidade muito comum nesta fase da vida: a constipação intestinal. Uma avaliação cuidadosa quanto à ingestão adequada de carboidratos, proteínas e vegetais deve fazer parte da avaliação global do idoso, em especial quando este for portador de doença crônica e má saúde bucal. Em quadros com algum declínio cognitivo ou outros sintomas neurológicos ou crônicos persistentes, checagem de vitamina B12 deve ser realizada.
- **Fragilidade:** considerada uma condição ou síndrome que resulta de redução multissistêmica da reserva fisiológica funcional e consequente queda dos limites para reação a situações de estresse físico e psíquico. Há um risco aumentado para adoecimento e morte. No caso, um simples quadro de infecção urinária provocou quadros alucinatórios (*delirium*), por exemplo. O grau de fragilidade está diretamente relacionado com a necessidade de cuidados domiciliares pela equipe. Escalas de avaliação funcional auxiliam no diagnóstico dessa condição. A APS é um nível de atenção fundamental para o manejo dessas situações, seja apoiando o idoso ou sua família e cuidadores.
- **Polifarmácia e intervenções precoces:** a revisão anual de todos os medicamentos em uso é recomendada. Aqui, o exercício da coordenação do cuidado, princípio da Atenção Primária, faz-se fundamental. Idosos têm

múltiplos médicos, especialistas focais, que orientam medicações sem considerar as demais que o idoso já usa. As capacidades metabólica, renal e hepática estão alteradas, modificando o perfil de concentração plasmática e a interação farmacológica. Os profissionais de saúde também devem estar atentos a intervenções precoces a mínimos problemas, como dor em extremidades, podendo diminuir a morbidade e melhorar a qualidade de vida.

- **Isolamento social:** a equipe deve estar atenta a quadros de idosos solitários, procurando envolvê-los em atividades comunitárias e aumentar a vigilância de saúde nesses casos. Agentes comunitários de saúde (ACS), especialmente nesses casos, são valiosíssimos. O contato com familiares, seja na orientação para cuidado, seja para alertar quanto a quadros de abandono ou outras formas de violência, pode ser necessário.
- **Saúde mental:** idosos têm maior risco de desenvolver alterações neuropsiquiátricas. Além do quadro demencial, mais detalhado no caso de Dona Margarida, idosos têm maior risco de suicídio associado a quadros depressivos graves. O rastreamento de depressão está recomendado para idosos com declínio físico ou cognitivo. Há maior chance de agitação funcional e quadros confusionais agudos, pela fragilidade já abordada. Os quadros de *delirium* merecem investigação cuidadosa através de história completa, exame físico e laboratorial.
- **Quedas e mobilidade:** a perda de mobilidade e as quedas são elementos associados a grande morbimortalidade nos idosos. Devem ser sempre avaliados multiprofissionalmente, desde o risco para quedas no domicílio à intervenção da mínima diminuição de mobilidade. O uso de vitamina D (800 UI) diariamente associado a suplementação de cálcio está recomendado em idosos frágeis para a redução do risco de fratura.

No caso estudado encontramos o dentista inexperiente com idosos e visitas domiciliares e a médica Joana, recém-contratada, tendo que realizar um atendimento domiciliar em caráter de urgência, sem condições para atuar de maneira adequada. A alta rotatividade dos profissionais é comum atualmente nas equipes de saúde devido ao fato de os serviços de Atenção Primária se localizarem em regiões periféricas, havendo dificuldade de contratar profissionais para trabalhar. Os prontuários ainda não estão informatizados, o que dificulta muito a comunicação entre os próprios profissionais e a assistência prestada ao paciente.

A dinâmica da Estratégia Saúde da Família (ESF) é eficiente, pois propõe que a equipe se reúna para planejar as atividades que serão realizadas na Assistência Domiciliar, de acordo com os critérios de elegibilidade propostos pela Organização Mundial de Saúde. Mas o quadro encontrado nos domicílios coloca os profissionais em situações em que eles precisam ter criatividade para atuar da melhor forma. O conhecimento da formação de redes de apoio social e o trabalho interdisciplinar fazem-se necessários. Os profissionais dos NASF são muito importantes nesse sentido, pois, além de poderem ajudar na orientação e na realização de grupo de atividades físicas (educador físico), por exemplo, podem auxiliar no manejo de situação de perda de autonomia e mobilidade (fisioterapeuta), nos aspectos nutricionais, nas situações de abandono e violência (assistente social), bem como no manejo dos distúrbios neuropsiquiátricos (psicólogo e psiquiatra).

A enfermeira Ana Lígia atua de forma inicial com a realização da Avaliação Geriátrica Ampla da pessoa idosa para reconhecer e fazer o diagnóstico de saúde de Dona Margarida e sua cuidadora. Leva o caso para a equipe e discute as ações dos profissionais na assistência à paciente e à sua cuidadora. Aqui ganha destaque outro elemento fundamental no cuidado dos idosos: a atenção aos cuidadores. Estes podem estar sobrecarregados e adoecidos, sendo que pequenas dicas ou atenção podem auxiliar bastante. Orientações sobre a melhor forma de manusear o idoso no leito, como lidar com as questões emocionais, como portar-se mediante um quadro delirante, são alguns exemplos.

No caso de Dona Margarida, um miniexame mental e um teste de avaliação das atividades básicas de vida diária demonstraram resultados alterados e com comprometimento de atividades instrumentais de vida diária. Com a suspeita ou diagnóstico de um quadro demencial a partir de testes de investigação como o minimal, o médico deve abordar sintromicamente o caso na busca de diagnósticos diferenciais. Se possível, uma avaliação com geriatra é bem-vinda, assim como de outros profissionais gerontólogos. Na impossibilidade, a Equipe de Saúde da Família deve se esforçar para um cuidado amplo, compreensivo e vinculante, o que aumenta as chances de o serviço de saúde responder aos anseios da família e da população.

# Atenção domiciliar

Sara Turcotte



## Atendimentos domiciliares de urgência

As Equipes de Saúde da Família são ocasionalmente chamadas para atender urgências no âmbito domiciliar, e é frequente os profissionais se perguntarem a respeito, como fizeram Érico e Joana. Surgem questões como: em quais circunstâncias deveriam ser feitos atendimentos domiciliares de urgência pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Quais são as responsabilidades da equipe, da Unidade de Saúde (UBS) e da gestão nesse sentido?

Nesse quesito, minha experiência demonstra que tais questões nem sempre são claras para as equipes, devido a um possível desconhecimento sobre os princípios que regem o atendimento de emergência e a territorialização, assim como a orientação da própria gestão.

É importante, então, sublinhar essas questões nas quais se cruzam aspectos legais, éticos e morais. É também bom lembrar que nenhuma regra poderá sempre respaldar inteiramente todas as situações possíveis, felizmente não tão frequentes assim, prevalecendo o bom senso, que deve se basear nos alicerces dos elementos descritos a seguir.

Um primeiro item é a responsabilidade das emergências no sistema, que cabe à gestão. Depende de uma rede de atendimento pré-hospitalar estruturada e de uma rede de encaminhamento das emergências e urgências, que pode ser composta de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros equipamentos hospitalares de primeira, segunda ou terceira linhas, conforme a complexidade e a urgência da patologia encontrada pelas equipes de atendimento pré-hospitalar.

Um segundo item é a legislação sobre responsabilidade dos profissionais de saúde em caso de situação de emergência. Como as unidades são responsáveis pelos usuários domiciliados no seu território, existe certa confusão de interpretação pelo fato de eles poderem ser responsabilizados por omissão de socorro em certas circunstâncias em que testemunham uma situação de emergência, o que os obriga a prestar assistência. Há também uma legislação para locais públicos, obrigados a se munir de equipamentos de reanimação básicos. Nesse caso, é o bom senso, aliado a estabelecimento prévio de alicerces claros pelo gestor, que vai determinar se o profissional pode ou deve se deslocar para um atendimento de urgência. A ética, a moral e o vínculo determinarão qual conduta tomar em caso de procura do serviço, apesar dessas orientações.



## Destaque

Nesse sentido, é sempre bom estabelecer em reuniões com o gestor local as condições e situações nas quais os profissionais podem ser chamados a interromper suas atividades programadas para atender urgências e estabelecer, se possível, um respaldo por meio de uma diretoria técnica e clínica na UBS, como especificado pelo código de ética médica. Por exemplo, um gestor local pode orientar os profissionais a informar os usuários a chamar o sistema de atendimento pré-hospitalar para as urgências que ocorrem em casa.

No caso de Dona Margarida, é questionável se o atendimento domiciliar de urgência deveria ser efetuado pela equipe da UBS, ainda que os profissionais o realizaram com eficiência e estabeleceram boa relação de confiança com a família. Faltam dados sobre o apoio a atendimento domiciliar no território estabelecido pelo gestor local e regional. Como não foi especificada a escala de avaliação de dependência funcional que foi utilizada, não é possível se pronunciar sobre os critérios para Assistência Domiciliar recomendados pelo Ministério da Saúde, segundo os quais a escala de avaliação de dependência funcional é estabelecida pela Cruz Vermelha em seu *Caderno de Atenção Básica* nº 13, capítulo 10 (BRASIL, 2006).

Nesta escala, é preciso alcançar a pontuação “3” para ser admissível a Assistência Domiciliar (apresenta graves dificuldades nas Atividades de Vida Diária, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa). Em algumas circunstâncias, usuários de grau 1 ou 2 também podem ser temporariamente chamados a ser atendidos em domicílio, em ações programadas. Pode ter sido o caso, por exemplo, se Dona Margarida, por causa da sua infecção, tivesse parado de andar e pelo quadro de *delirium*, com prejuízo funcional, o que é bastante comum em pacientes acometidos de demência de Alzheimer. Isso nos leva a detalhar a situação segundo a sistematização do atendimento domiciliar na UBS.

## Sistematização da Atenção Domiciliar

A falta de sistematização do atendimento domiciliar testemunhada por Joana é uma situação frequente na ESF. Usualmente na rotina da ESF, as coisas acontecem como ocorreu no caso de Dona Margarida, ou seja, uma situação de urgência, sem identificação e planejamento anterior dos usuários que precisam de visitas domiciliares, seja na modalidade de vigilância, atendimento ou Assistência Domiciliar, como você verá na fundamentação teórica. Isso acontece pela falta de valorização que ainda sofre a Atenção Domiciliar, mesmo no âmbito da Atenção Primária em Saúde. É um fato paradoxal se considerarmos que o domicílio e a família constituem o centro da definição da Estratégia Saúde da Família, como descrito por Egry:

A inserção da família como foco de atuação na política de saúde, como propõe a ESF, entende a família como sujeito do processo assistencial de saúde, definindo o domicílio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extrafamiliares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (EGRY; FONSECA, 2000).

E se considerarmos que as relações familiares influenciam diretamente a forma de adoecer ou permanecer saudável (resiliência), como isso acontece?

Trata-se de um processo institucional inconsciente, mesmo nas pessoas mais bem-intencionadas, devido à fragmentação, à verticalização e ao afastamento do âmbito de vida das pessoas que a medicina e os cuidados de saúde vêm conhecendo desde o início do século.

A tecnologia da saúde trouxe muitos benefícios, mas desviou o âmbito dos serviços da casa para estabelecimentos específicos. Estes se tornaram fortalezas onde os profissionais atendem e foram ensinados a atender e onde se sentem muito mais seguros para aplicar seus conhecimentos, protocolos e orientações, a grande maioria das vezes descontextualizados da realidade das necessidades vividas pelos usuários. Desde nossa formação, estamos acostumados a atender o paciente fora do seu recinto, e ele também. O atendimento em casa pode gerar inseguranças e desconfortos, como se todos os conhecimentos e informações que temos sobre saúde parassem de fazer sentido sendo falados e aplicados fora do consultório. Entretanto, às vezes uma simples visita domiciliar depois de anos de atendi-



mento agendado em consultório consegue nos fazer enxergar dados sobre um paciente que explicam todas as nossas dificuldades em obter sucesso e melhorar sua qualidade da vida.



## Destaque

Vêm assim à tona a ineficácia e a falta de propriedade das nossas orientações descontextualizadas, que explicam as voltas incessantes do usuário ao nosso consultório. Com a Atenção Domiciliar, passamos a poder realmente efetivar um modelo que passa da atenção centrada na doença para uma atenção centrada na pessoa. Apesar de talvez não ser indicada a visita domiciliar de urgência no caso de Dona Margarida, não deixa de ser uma oportunidade para testemunhar fatos suplementares sobre sua saúde que puderam ser utilizados pela equipe para melhorar sua qualidade de vida através do planejamento de atividades domiciliares. Nesse caso, a forma de Atenção Domiciliar foi escolhida com base em uma avaliação domiciliar, planejada pela equipe, a partir da qual foram determinados as ações, os responsáveis para cada uma delas e os prazos e frequências das visitas, assim como das reuniões de reavaliação necessárias.

O planejamento de visitas domiciliares requer o conhecimento das definições e fluxos utilizados para sistematização, o que será detalhado na fundamentação teórica. Nesse sentido, é também importante conhecer os recursos de internação domiciliar e de Assistência Domiciliar externos à UBS que podem apoiar o trabalho, além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Idealmente, esses serviços deveriam complementar, apoiar e acrescentar ao atendimento oferecido pela equipe. Isso pode se traduzir quando esses serviços são integrados, ou seja, quando há participação desses profissionais em reuniões de equipe da ESF para pactuar ou reavaliar em conjunto o plano terapêutico de um paciente.

Ressalta-se também a importância da valorização do conhecimento e da sabedoria do agente comunitário de saúde (ACS), que traz o conhecimento da realidade sociocultural e relacional do local, sendo elemento essencial para otimizar a Atenção Domiciliar na ESF. Assim, seria importante salientar que a responsabilidade do ACS nesse caso poderia ser ampliada a não somente agendar as visitas, mas também a participar ativamente delas para constituir oportunidade de educação continuada. O ACS pode ter cada vez mais habilidade e acuidade na identificação dos casos, olhando para eles não só de forma oportunista, mas também com uma intencionalidade maior, incluindo as prevenções secundária e terciária e o planejamento da Atenção Domiciliar da equipe.

## Abordagem familiar sistêmica e apoio aos cuidadores

É comprovada a importância da abordagem familiar do usuário, do(s) cuidador(es) e responsáveis para alcançar êxito na Assistência Domiciliar. No caso de Dona Margarida, o diálogo entre a médica e os familiares é com certeza uma forma muito acolhedora de dirigir a avaliação com base nas informações preliminares que foram repassadas sobre a dinâmica familiar e a personalidade da paciente. A tonalidade que o usuário deu à sua vida marcará a tonalidade da Atenção Domiciliar e a forma com a qual ele será apoiado na fase de dependência da sua vida.

Dona Margarida dava sentido à sua vida através do vínculo com o marido, e, possivelmente, a morte dele influenciou diretamente o seu estado de saúde atual. Saber como ela veio a adoecer depois disso e como ela e as relações familiares se reorganizaram em volta da morte do marido é fundamental para entender as áreas de fraqueza e resiliência dessa família. E também para apoiar o cuidador nas suas ações diante do usuário, assim como os recursos familiares ou outros a se mobilizarem nesse sentido.

O vínculo estabelecido por cada profissional de saúde é fundamental para o êxito das ações de saúde que desenvolvemos, e isso é particularmente importante na Assistência Domiciliar. Como a casa não é o território do profissional, mas do paciente, o segredo para manter uma credibilidade de postura por meio de orientações de saúde contextualizadas nesse âmbito é a relação profissional-pessoa. Esse contato com os usuários em casa falando da vida antes de falar das doenças é um espaço precioso.

As visitas devem ser planejadas e, conforme a urgência da situação de saúde física, deve-se propor uma conversa com os cuidadores ou até uma reunião com as pessoas da família presentes em volta do doente, pedindo para explicar como foi a história de vida de cada um, utilizando às vezes recursos da Terapia Comunitária ou mesmo da própria Abordagem Sistêmica Familiar. Nesse relato, se revelam de forma muito clara e simples os fatores de risco e de resiliência, as potencialidades e dificuldades dos usuários e dos seus cuidadores. Cria-se um vínculo forte, baseado no conhecimento falado

e vivido da família, que mobiliza os integrantes a apoiarem o plano terapêutico, cujos elementos e fluxos ficam mais evidentes. Não focar a visita apenas nos problemas de saúde vigentes é uma postura à qual os profissionais e os familiares estão acostumados, mas uma abordagem mais ampla para situações de vulnerabilidade valoriza de fato as intervenções e a mobilização de recursos realizadas por todos os profissionais da equipe.

É sempre importante para o profissional de saúde, seja médico, odontólogo ou enfermeiro, fazer sua própria ideia da história do usuário, da família e dos cuidadores, além de discutir o caso em equipe. É imprescindível, quando se vai estabelecer um plano terapêutico de um usuário, ouvir **todos** da equipe que já tiveram contato com o paciente e o cuidador e entender a situação como é vivida por todos. Dessa forma, detectam-se as ações que já foram efetuadas e que tiveram sucesso ou não, os conflitos subjacentes ou às vezes até inconscientes que atrapalharam o atendimento, da parte do usuário, dos familiares, dos membros da comunidade ou dos próprios membros da equipe e outros profissionais.

Isso permite também conseguir mais elementos para entender melhor a personalidade da pessoa e dos familiares, que às vezes apresenta um transtorno, quando não um problema de saúde mental até então não identificado. Através dessa abordagem, poder-se-ia beneficiar Dona Margarida e seus familiares e mostrar para os membros da equipe e o ACS que o vínculo que desenvolvemos pode ser mais resolutivo do que consultas em psicologia em ambiente desvinculado do ambiente de cuidados. Algumas intervenções do psicólogo pontuais podem às vezes ser necessárias, mas não são resolutivas se utilizadas no lugar da vinculação.

É possível sair do lugar comum se colocando no lugar do usuário, mas, com nossos próprios paradigmas e olhares, julgamos o usuário ou o cuidador negligente ou incompetente. Com isso, este, que às vezes dedicou todos os seus recursos disponíveis e mobilizáveis para apoiar ou ajudar a situação, acaba criando inconscientemente uma casca protetora em relação aos integrantes da Equipe da Saúde da Família, ou mesmo de qualquer pessoa que propõe alguma forma de modificação na ajuda que ele oferece.

É muito importante entender que, na Atenção Domiciliar, o melhor inimigo do bom é o possível, para copiar a filosofia da redução de danos. É fundamental entender e aceitar os recursos intelectuais, espirituais e físicos, externos e internos disponíveis. Só assim eles podem ser efetivamente mobilizados. É primordial utilizar a maior riqueza de informações possível para determinar a forma inicial de abordagem do caso, da família ou do usuário, assim como o fluxo e o ritmo, pois às vezes uma abordagem inicial mal planejada pode levar todo o plano terapêutico a falhar.

É imprescindível dar importância tanto à saúde integral do cuidador quanto à saúde do usuário índice. Às vezes, é necessário planejar visitas domiciliares destinadas quase exclusivamente ao cuidador antes mesmo de poder cogitar solicitar qualquer modificação nos cuidados que vêm sendo desenvolvidos. É um automatismo considerar que o atendimento ao cuidador deve ser exclusivamente feito no consultório, mas às vezes contribuimos com essa atitude, dificultando o cuidado do próprio usuário, pois a disponibilidade interna e externa do cuidador não se efetiva no consultório, o que leva às vezes a orientações também ineficazes na realidade dele.

Nesse sentido, devemos dobrar a vigilância em relação a usuários aparentemente estáveis, aqueles que são basicamente bem cuidados, nos quais não enxergamos necessidades mais urgentes ou evidentes. Ao aprofundar esses casos, podemos perceber que a falta de cuidado com o cuidador não permite a melhor qualidade de vida possível ao usuário.

Outra vantagem dessa abordagem é que, atuando dessa forma, as equipes vão ficando mais seguras e realistas quanto aos objetivos alvejados pelos planos de Atenção Domiciliar, conseguindo entender melhor os resultados alcançados e passar a valorizá-los, por menores que sejam. Dessa forma, também perdem o medo e a desconsideração em relação à visita domiciliar e passam a valorizá-la e a utilizá-la cada vez mais e melhor.

## Referências

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 3, p. 233-239, 2000.

## Bibliografia consultada

BRASIL. Previdência Social. **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Manual de cuidados domiciliares na terceira idade**: guia prático para cuidadores informais. Campinas, 2003.

DECHÊNE, G. et al. **Précis pratique de soins médicaux à domicile**. Québec, 2000.

SÃO PAULO (PREFEITURA). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenação de Atenção Básica. **Cuidados domiciliares na atenção básica para pessoas com perdas funcionais e dependência**. São Paulo, 2004.

# Varizes

Newton de Barros Junior



O caso trata de uma paciente idosa, de 75 anos, com quadro de infecção urinária e quadro neurológico de distúrbios da memória. Apresenta associadamente varizes nos membros inferiores. De fato, a presença de varizes pode ocorrer em 60 a 70% da população acima dos 65 anos. Nas faixas etárias mais baixas, a prevalência alcança até 40% e, portanto, a idade é um fator de risco para o aparecimento de varizes. No nosso caso não há menção se existem complicações das varizes. A complicação tardia mais grave é a úlcera varicosa, que, nesta faixa etária, pode atingir até 6% dos idosos.

A úlcera varicosa é a úlcera mais frequente em pernas, correspondendo a 80% das úlceras crônicas dos membros inferiores. Geralmente a úlcera varicosa é acompanhada de outros sinais de hipertensão venosa crônica, tais como hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, eczema varicoso e varizes. Frequentemente localiza-se na face medial do terço distal da perna, sendo uma das principais causas vasculares de afastamento do trabalho, traduzindo-se em importante fator socioeconômico.

Em razão dessa alta prevalência e de suas possíveis complicações, torna-se relevante conhecermos a doença para adequada tomada de decisão quanto ao tratamento e à prevenção das complicações. No caso de Dona Margarida, sugerem-se: manutenção de atividades físicas mínimas que promovam a melhoria na circulação dos membros inferiores; elevação dos membros inferiores, sempre que possível; higiene adequada dos dedos dos pés, pés e panturrilhas; farmacoterapia de suporte e compressão elástica.

É necessário lembrar também que nessa faixa etária pode ocorrer associação entre doença venosa e doença arterial periférica. A palpação de pulsos podálicos (tibiais posteriores e dorsais dos pés) diminuídos pode contraindicar o uso de meias elásticas.