

A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Cristina Araujo Dornelles da Costa

Hospital de Aeronáutica de Canoas-RS HACO. anacristinaadc@gmail.com

O termo Atenção Domiciliar define-se como um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças tratadas em domicílio. Constitui-se como uma nova modalidade de atenção à saúde que reorganiza o processo de trabalho das equipes, podendo ser na atenção primária, secundária e terciária¹.

No Brasil a criação do curso de visitadores sanitários pela Cruz Vermelha ocorreu em 1920. Deste então o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com a ideia de prevenção se propaga e ganha hegemonia no cenário nacional².

O SAD é um serviço de ação complementar e até substitutiva aos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, podendo ser independente pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Com isso, os objetivos de intervenção serão eleitos e interpelados pela equipe, que se subdivide em Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)³, no quadro 1.

Quadro 1: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional de Apoio

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)	Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
- Atende a uma população adscrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário	- Oferece suporte e complementa as ações de saúde da atenção domiciliar, quando clinicamente indicadas
- Pode estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde	- Para cada três EMAD implantadas, pode-se implantar uma EMAP
- Formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar técnico de enfermagem	- Composta por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional

Fonte Brasil 2012

A EMAD é constituída por: Médico, Enfermeiro, Técnico e/ou auxiliar de enfermagem e Fisioterapeuta. Já a EMAP é composta por: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico e

Terapeuta ocupacional¹.

As modalidades de atenção domiciliar são AD1 com uma equipe de atenção básica, AD2 com equipe multiprofissional de atenção domiciliar e equipe multiprofissional de apoio, e AD3 é semelhante a AD2, porém, o paciente faz uso de equipamentos e ou procedimentos especiais (Quadro 2).

Quadro 2: Modalidades de Atenção Domiciliar.

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	- Problemas de saúde controlados/ compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua
	- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		
	- Necessita de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde		
	- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica de uma visita/mês		
	- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
AD2	- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
	- Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro		
	- Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana		
AD3	- Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/ procedimentos especiais	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente contínua

Fonte: Brasil 2012

Os critérios de inclusão e desligamento da atenção domiciliar estão no quadro 3.

Quadro 3: Critérios de inclusão e desligamento da atenção domiciliar.

Critérios de inclusão	Critérios de desligamento
Ter tido alta da AD2/AD3, mantendo interface entre as equipes de atenção domiciliar e as da atenção básica	Mudança de área de abrangência, devendo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio
Ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da atenção domiciliar; nos casos em que as condições físicas precárias implicam aumento de riscos para a saúde do usuário, elas deverão ser avaliadas pela equipe multiprofissional	Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio
Ter o consentimento informado do usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal	Não aceitação do acompanhamento
Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde	Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde
Necessitar de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica	Piora clínica que justifique AD2/AD3 ou internação hospitalar
Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3	Cura Óbito

Fonte Brasil 2012

Este estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso para descrever a atuação fisioterapêutica numa Equipe Multiprofissional de Apoio. Este trabalho se justifica, pois, o SAD atua com pessoas que têm alguma dificuldade ou impossibilidade de comparecerem a um serviço de saúde por motivo de doença aguda ou crônica, seja de ordem temporária ou definitiva. No caso relatado neste trabalho, a paciente apresenta uma limitação temporária, no entanto, o atendimento domiciliar torna-se recomendável por se tratar de pós-operatório de fratura de fêmur e existir um alto índice de mortalidade e perda funcional importante relacionados a quadros clínicos semelhantes.

Metodologia

Este estudo descreve o caso de uma paciente de 76 anos de idade, sexo feminino, viúva, pós-operatório osteossíntese fêmur esquerdo. Incluída no Serviço Atenção Domiciliar – SAD do Hospital de Aeronáutica de Canoas-RS, pela modalidade AD2, com o objetivo temporário. Recebeu as visitas do Médico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta Ocupacional.

Discussão e Resultados

A fratura do fêmur é a principal causa de morbidade, institucionalização e mortalidade em idosos. Sua incidência mundial deverá aumentar de 1,7 milhões de pessoas em 1990 para cerca de 6,3 milhões em 2050. A mortalidade é estimada em 24% até 12 meses após a fratura de quadril. Além disso, um número significativo desses pacientes não retorna ao estado funcional pré-fratura. Em um ano de pós-operatório, menos de 50% dos sobreviventes podem andar sem ajuda, e apenas 40% podem realizar atividades de vida diária independentes⁴.

No período de internação hospitalar a fisioterapia teve objetivo de promover orientações quanto ao pós-operatório e visando preservar a função dos segmentos corporais não acometidos e evitar úlceras de decúbito e deformidades, diminuindo o tempo de internação e os gastos hospitalares, bem como minimizando a morbidade⁵.

Logo após sua alta hospitalar foi incluída no SAD pela modalidade AD2, recebendo as visitas do Médico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Enfermeira, Técnica de enfermagem Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta ocupacional.

Através da Medida de Independência Funcional – MIF, instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada, apresentou um grau elevado de dependência a cuidados pessoais, controle de esfíncter, mobilidade/transferência, locomoção⁶.

O objetivo da fisioterapia no tratamento pós-operatório de pacientes com fratura em fêmur é aumentar a força muscular, melhorar a segurança e eficiência da deambulação, fornecendo assim, maior independência ao idoso⁷.

Foram realizadas 10 visitas fisioterapêuticas através do SAD, onde foram realizadas atividades de cinesioterapia com exercícios isométricos, treinamento com o andador, descarga de peso unilateral com objetivo de preservar o membro inferior esquerdo (MIE). Após liberação médica foi incluída descarga de peso no MIE, e assim, com o aumento da força muscular e a reavaliação pela MIF e com o aumento do escore, foi realizado uma transição do atendimento no período de 2 semanas como o acompanhamento da psicóloga e da assistente social. A paciente atualmente está em atendimento de reabilitação no ambulatório do Hospital de Aeronáutica de Canoas-RS - HACO com a Fisioterapia.

Conclusão

A Equipe Multiprofissional de Apoio foi essencial para a reabilitação. No relato do caso é possível concluir que o atendimento fisioterápico e as orientações prestadas ao cuidador sobre atividades da vida diária, auxiliaram na manutenção ou recuperação motora desta paciente. Orientações sobre os posicionamentos da paciente e movimentos simples que evitam o aparecimento de deformidades ou outras complicações, e também, o envolvimento de familiares e do cuidador no processo de suporte possibilitou a continuidade do tratamento da paciente em nível ambulatorial.

Bibliografia

1. BRASIL. Ministério da Saúde, PORTARIA N°2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2011.
2. CONILL, Eleonor Minho. Ensaio Histórico-conceitual sobre a Atenção Primária a Saúde: desafio para a organização dos serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008.
3. GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006 .
4. Mendelsohn ME, Overend TJ, Connelly DM, Petrella RJ. Improvement in aerobic fitness during rehabilitation after hip fracture. Arch Phys Med Rehabil.

2008;89(4):609-17.

5. MUNIZ, Clariana Fernandes; ARNAUT, Amanda Carla; YOSHIDA, Mariana; TRELHA, Celita Salmaso. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007.

6. Riberto M, Miyazaki M H, Jucá S S H, Sakamoto H, Pinto P P N, Battistella L R - Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional ACTA FISIATR 2004; 11(2): 72-76

7. Lamb SE, Oldham JA, Morse RE, Evans JG. Neuromuscular stimulation of the quadriceps muscle after hip fracture: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(8):1087-92