



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Ilsa Aparecida de Oliveira

Planejamento das visitas domiciliares na comunidade Fidélis em Blumenau - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Ilsa Aparecida de Oliveira

Planejamento das visitas domiciliares na comunidade Fidélis em
Blumenau - SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sheila Rubia Lindner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Ilsa Aparecida de Oliveira

Planejamento das visitas domiciliares na comunidade Fidélis em
Blumenau - SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sheila Rubia Lindner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: as visitas domiciliares são uma prática de inquestionável importância não só no descobrimento como na abordagem de problemas, diagnóstico, busca ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde. Trata-se, portanto de um importante instrumento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para prestação de assistência integral no nível primário da atenção. **Objetivo:** aumentar a resolubilidade das visitas domiciliares na comunidade Fidélis em Blumenau, Santa Catarina. **Metodologia:** para que isso pudesse ser implementado foi proposto realizar inicialmente um levantamento de todos os usuários que necessitam de visitas domiciliares, posteriormente a criação de uma agenda programada contemplando tanto os atendimentos domiciliares (quadros agudos que são geralmente solicitados pelo usuário e/ou familiares) e os acompanhamentos domiciliares (quadros crônicos que necessitam de acompanhamento freqüente e programável) que serão priorizados de acordo com o risco familiar. As visitas são focadas no “paciente-alvo” e deverá ser observado e documentado as condições do domicílio, do cuidador, a estrutura familiar, as necessidades para cuidado e tratamento, os medicamentos, a alimentação, as fontes de prazer do paciente e ferramentas sociais envolvidas. Então metas deverão ser traçadas e se necessário envolver outros profissionais e/ou serviços. **Resultados Esperados:** espera-se que com este trabalho proporcionar melhor organização do trabalho da equipe, aumento do número de visitas domiciliares mensais, melhora na motivação da equipe na sua realização, além melhorar o cuidado prestado ao usuário e sua família.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Estratégia de Saúde da Família, Projeto de intervenção, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	17
	REFERÊNCIAS	19

1 Introdução

A origem da palavra Fidélis, bairro localizado no município Blumenau, em Santa Catarina, de se deve, segundo alguns moradores, ao rio existente na região que os primeiros moradores diziam em dialeto alemão a seguinte frase: fluss geht gans fidel - que quer dizer este rio corre mansamente, e a palavra fidel na forma aportuguesada passou a ser pronunciada de Fidélis.

Neste bairro existe o loteamento popular - Vila Jonas Neves -, também conhecido como COHAB I e II que, além da ocupação predominante residencial, encontram-se instituições públicas e estabelecimentos voltados ao comércio local. O loteamento COHAB I foi criado em 1986, e o loteamento COHAB II, no ano de 1994. Para atender esta comunidade foi implantada a Escola Básica Jonas Rosário Neves, uma Unidade Pré-Escolar e uma Creche Pré-Escolar.

Embora o bairro apresente potencial para atividade agrícola, desenvolve-se com mais tenacidade a atividade de cerâmica com a produção de telhas e tijolos.

São 51 ruas. Sendo consideradas como principais as ruas Guilherme Scharff e Prof° Hermann Lange, verdadeiros corredores de serviço. Das 51 ruas existentes, 4 já foram atingidas por enchentes.

O bairro Fidélis apresentava características predominantemente residenciais. Constatou-se um crescimento da população na ordem de 11,7% ao ano, ou seja, existiam 189 habitantes em 1980, passando para 5.210 em 2010. Seguindo o aumento populacional, o número de domicílios cresceu em 12,7% ao ano, passando de 42 domicílios em 1980 para 1.501 em 2010.

As atividades industriais, no período de 1980/2010, cresceram na ordem de 8,1% ao ano, ou seja, o bairro contava com 04 estabelecimentos indústrias em 1980, atingindo a 41 em 2010, nas atividades de produção de cerâmica, móveis, esquadrias, vestuário, metalúrgica, etc.

As atividades comerciais, no período de 1980/2010, cresceram na ordem de 8,9% ao ano, ou seja, o bairro possuía 03 estabelecimentos comerciais em 1980, atingindo a 39 em 2010, sendo comercializado alimentos, bebidas, brinquedos, material de construção, produtos do setor de vestuário, etc.

As atividades prestadoras de serviço, no período de 1980/2010, cresceram na ordem de 11,4% ao ano, ou seja, o bairro possuía 02 estabelecimentos prestadores de serviço em 1980, atingindo a 51 em 2010, nas atividades de empreiteira de mão-de-obra, manutenção industrial, funilaria, metalúrgica, representação comercial, galvanização, tornearia, serviços gráficos, serviços em equipamentos eletrônicos, transportes, etc.

As instituições de saúde que atendem o bairro são ESF Angelo de Caetano (2 equipes de Saúde da Família: I e II) e ESF Norberto Sprung (1 equipe de Saúde da Família).

A renda média domiciliar per capita em Blumenau, segundo levantamento a partir dos censos demográficos disponibilizados pelo DATASUS, em 2010 é de R\$ 1.234,28.

A escolaridade (anos de estudo ou nível de instrução das pessoas acima de 15 anos em Blumenau, segundo levantamento a partir dos censos demográficos disponibilizados pelo DATASUS, em 2010, 63,54% da população acima de 15 anos tem o 2o ciclo fundamental (6o ao 9o ano ou mais); 12,36% tem o 1o ciclo fundamental (1o ao 5o ano) e 14,20% sem instrução (1o ciclo fundamental incompleto).

Atualmente, 14 famílias são beneficiadas com o programa Bolsa Família na área de abrangência da ESF Angelo de Caetano II e 14 pacientes necessitam de Visita Domiciliar por incapacidade ou dificuldade de deslocamento até a ESF.

A População total acompanhada atualmente pela sua Equipe de Saúde da Família é de 3632 pessoas, sendo 1569 do sexo masculino e 2063 do sexo feminino. 1194 têm menos de 20 anos, 1701 tem entre 21 a 59 anos e 737 tem mais de 60 anos.

As doenças e agravos mais atendidos em julho/2016 são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguido de doenças do aparelho respiratório, Doenças do aparelho geniturinário e Doenças do aparelho circulatório.

Um problema que vivenciamos na comunidade, é a pouca resolutividade quanto as visitas domiciliares a pessoas restritas ao domicilio temporária ou permanentemente, devido a complexidade dos casos, despreparo da equipe, falta de objetividade, falta de uma agenda programada de visitas e falta de uma boa articulação com os outros níveis da atenção.

O domicílio é entendido como o próprio ambiente familiar e é nesse ambiente que se constrói, especialmente no aspecto afetivo, as principais relações interpessoais, influenciando na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas. As visitas domiciliares são uma prática de inquestionável importância não só no descobrimento como na abordagem de problemas, diagnóstico, busca ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde. Trata-se, portanto de um importante instrumento da ESF para prestação de assistência integral no nível primário da atenção.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a resoluvidade das visitas domiciliares na comunidade Fidélis em Blumenau (SC).

2.2 Objetivos Específicos

Criar uma agenda programada para as visitas domiciliares;

Conscientizar a comunidade da importância da visita domiciliar;

Aumentar o número de visitas domiciliares realizadas pela ESF de Fidélis.

3 Revisão da Literatura

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde em 1991 e, posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 no Brasil, as visitas domiciliares surgem como uma das principais ferramentas da estratégia, seja pela possibilidade de se acessar o ambiente familiar (local central do processo de saúde, risco e doença) e conhecer melhor a realidade e com isso estabelecer planos de ações adequados e pertinentes àquele contexto, seja porque muitos pacientes devido as suas dificuldades e/ou impossibilidades de locomoção eram “deixados de lado” pelo sistema de saúde e hoje podem ter seu direito ao cuidado e ao atendimento contemplado.

A princípio o PACS tinha como objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente no Norte e Nordeste do país. Depois se estendeu a todo Brasil, modificando seu foco após ser incorporado ao PSF, cujos principais objetivos são: prestar assistência integral e contínua e de boa qualidade no nível primário de atenção; identificar e intervir nos fatores de risco que atingem a comunidade; humanizar as ações de saúde, criando vínculo dos profissionais com a comunidade; estabelecer parcerias por intermédio das ações intersetoriais; conscientizar a comunidade de que saúde é direito de todos e dever do Estado; incentivar a organização da comunidade; objetivar o controle social; divulgar informações em saúde, organizar e produções ações sociais de saúde (SAÚDE., 2001).

O Ministerio da Saúde utiliza o termo Atenção Domiciliar para designar o conjunto de ações integradas em saúde que ocorrem no domicilio destinadas a população geral. Compreende ações articuladas de vigilância a saúde, Assistencia Domiciliar e Internação Domiciliar (TURCOTTE, 2017) .

Segundo Turcotte (2017) a Atenção domiciliar é subdivida em Assistência domiciliar (ocorre no âmbito da Atenção primaria de saúde) e Internação Domiciliar (equipe exclusiva para esse fim).

A Assistência domiciliar pode ser dividida em três subcategorias: Vigilância, Atendimento e Acompanhamento Domiciliares.

A vigilância domiciliar é o comparecimento de um integrante da equipe para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população, como: visitas a puerperas; busca de recém-nascidos; busca ativa dos programas de prioridades; abordagem familiar para diagnostico e tratamento; evolução de egressos hospitalares.

O Atendimento Domiciliar é dirigido a pessoas com problemas agudos, temporariamente impossibilitados de comparecer a UBS.

O Acompanhamento domiciliar é dirigido a pessoas que necessitam de contato frequentes e programáveis com os profissionais da equipe como por exemplo: pacientes portadores de doença crônica que apresentam dependência física; pacientes em fase terminal; pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos; pacientes com doença

mental, pacientes egressos do hospital que necessitem de acompanhamento por alguma condição que os incapacite a comparecer a Unidade (TURCOTTE, 2017).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas marcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (SAKATA et al., 2007).

A falta de sistematização das visitas, portanto, contribui para desperdício das possibilidades que essa atividade guarda, tornando-se a visita domiciliar, na maioria das vezes, mero espelho da consulta médica e de enfermagem (MENDES; OLIVEIRA, 2007). Ou seja, a visita domiciliar só se torna um instrumento de intervenção quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, de forma que tanto o profissional como a família visitada compreendam a finalidade dessa atividade, que se inicia antes e continua após o ato da visita. O planejamento deve contemplar respostas para as seguintes perguntas: 1) Quem visitar? 2) Quando visitar? 3) Por que visitar? 4) Como podemos ajudar? e finalmente, 5) Conseguimos?

Coelho e Savassi (2004) sugerem a aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento para priorização das visitas domiciliares utilizando alguns dados da Ficha A do SIAB. A classificação das famílias varia de R1 (menor risco) a R3 (maior risco). Segundo Coelho a escala demonstrou ser um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar, aproveitando informações já coletadas, não necessitando de criação de nenhuma outra ficha.

Diante disso Turcotte (2017) sugere como critérios de elegibilidade a Escala de avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola que quantifica o grau de dependência funcional. A classificação varia de Grau 0 (Vale-se totalmente por si. Caminha normalmente) até Grau 5 (Imobilizado na cama ou sofá, necessita de cuidados contínuos).

Em síntese, parece-nos evidente a ideia de que o cuidado domiciliário decorrente da Estratégia Saúde da Família engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Pensar e executar a visita domiciliar de forma sistematizada constitui um desafio, pois muitas vezes a visita domiciliar é vista como uma tarefa a ser cumprida de forma técnica e não uma ferramenta de trabalho da equipe.

A ACS juntamente com um técnico de enfermagem, se disponível, e médico da equipe deverão realizar a visita domiciliar. Mesmo considerando que a atenção deve ser prestada a toda a família, não há sentido prático na realização de pequenas consultas a todos os membros de uma moradia. Portanto, a visita focará o “paciente-alvo”, cuja condição de saúde não permite seu deslocamento até a unidade de saúde. Uma revisão do prontuário existente do usuário é desejável e pode-se aproveitar este momento para a confecção do genograma familiar, caso este ainda não exista.

Durante a visita é importante observar e documentar as condições do domicílio, do cuidador, a estrutura familiar, as necessidades para cuidado e tratamento, os medicamentos, a alimentação, as fontes de prazer do paciente e ferramentas sociais envolvidas.

Então metas deverão ser traçadas pela equipe de saúde para o cuidado do usuário com prazos estabelecidos. Se necessário envolver outros profissionais e/ou serviços. E por fim, a equipe através de avaliações periódicas dos resultados obtidos poderá traçar um novo panorama e definir novas metas.

5 Resultados Esperados

Com a criação da lista dos usuários que necessitam de visitas domiciliares e uma agenda programada, espera-se proporcionar melhor organização do trabalho da equipe, aumento do número de visitas domiciliares mensais, melhora na motivação da equipe na sua realização, além melhorar o cuidado prestado ao usuário e sua família.

Referências

- ALBUQUERQUE, A. B. B. de; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: Percepções de usuários no município de fortaleza, ceará, brasil. *Caderno Saúde Publica*, v. 25, n. 5, p. 1103–1112, 2009. Citado na página 14.
- COELHO, F. L.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. Citado na página 14.
- MENDES, A. O.; OLIVEIRA, F. A. de. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 2, n. 8, p. 253–260, 2007. Citado na página 14.
- SAKATA, K. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*, v. 6, p. 659–664, 2007. Citado na página 14.
- SAÚDE., B. da. *Guia prático do programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 13.
- TURCOTTE, S. *Atenção Domiciliar: Caso complexo 6 - dona margarida*. 2017. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Dona_Margarida/Complexo_06_Margarida_Atencao.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.