



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

Andres Marconcini Mees

Atenção domiciliar no município de Laurentino: uma ferramenta para ações em saúde

Florianópolis, Março de 2018

Andres Marconcini Mees

Atenção domiciliar no município de Laurentino: uma ferramenta
para ações em saúde

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: Priscila Orlandi Barth
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Andres Marconcini Mees

Atenção domiciliar no município de Laurentino: uma ferramenta para ações em saúde

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

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Saúde no município de Laurentino é representada pela Secretaria Municipal de Saúde. No município não existe hospital. Porém tem-se a unidade básica de saúde, chamada de Unidade Sanitária de Laurentino que presta serviços de saúde a população. **Objetivo:** De forma a melhorar e ampliar os serviços assistenciais de saúde na comunidade foi elaborado um projeto de intervenção que tem como objetivo a implantação de visitas domiciliares dentre as atividades prioritárias na Unidade Sanitária de Laurentino e assim, evidenciar sua necessidade, já que de acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006) o atendimento domiciliar ajuda a instrumentar as práticas institucionalizadas de saúde, propondo construir uma nova forma de atividade profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no ambiente dos indivíduos. **Metodologia:** O presente projeto tem como amostra a população da cidade de Laurentino, incluindo todos os pacientes que por ventura não tiverem acesso ou condições de se deslocar a Unidade Sanitária do município. Como proposta inicial serão buscados pacientes na modalidade de Atenção Domiciliar Tipo 1, propostas pela Atenção Domiciliar no Brasil realizadas pelas equipes de atenção básica. Para propor a intervenção na cidade o presente trabalho terá cinco fases, sendo elas: Primeira - apresentar o projeto de intervenção para a equipe de saúde da família; segunda - levantamento dos recursos e materiais necessários para realização; terceira - buscar os indivíduos necessitados da abordagem domiciliar proposta; quarta - realizar a classificação e agendamento pela ordem prioritária os atendimentos; quinta - concretizar as visitas domiciliares. **Resultados esperados:** Espera-se que ao final de seis meses consiga-se alcançar o objetivo de visitar a maior parte dos pacientes enquadrados para a atenção domiciliar, assegurando metas de intervenção quando necessário, prevenção, manutenção do cuidado e maior conhecimento acerca das condições de saúde do paciente, da família e da sociedade, promovendo também o maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, reduzindo assim o risco destes adoecerem.

Palavras-chave: Visita Domiciliar, Serviços Assistenciais, Unidade Sanitária de Laurentino

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Laurentino é uma pequena cidade localizada na região do Alto Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina. O município possui 6004 habitantes segundo o último Censo em 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atualmente, o IBGE estima que a cidade possui cerca de 6.694 habitantes (IBGE, 2017b).

O contexto histórico da cidade começa com a chegada de um desbravador na região de Laurentino, um açoriano chamado João Venceslau Pereira. Ele chegou ao local no início do século XX e construiu sua casa às margens do Rio Itajaí do Oeste. Foi apenas com a chegada dos imigrantes alemães e italianos que a colonização da área efetivamente começou. Para fugir das enchentes, os colonizadores buscaram as matas, onde encontraram grupos de índios xoklengs, que assustados com os novos moradores, fugiam a cada encontro. A pacificação dos índios foi realizada por um jovem de apenas 20 anos, Eduardo de Lima e Silva Hoerhan, neto do famoso Duque de Caxias (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURENTINO, 2013).

Com a criação do município de Rio do Sul em 1930, as terras hoje pertencentes ao município de Laurentino passaram a integrar o novo município catarinense. Em 01 de maio de 1957, através da Lei n.º 301, a localidade de Laurentino é elevada à categoria de Distrito. Cerca de cinco anos depois, em 12 de junho de 1962, o então Distrito de Laurentino desmembra-se de Rio do Sul, sendo instalando oficialmente o município de Laurentino – o que se deu através da Lei Estadual n.º 830 (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURENTINO, 2013).

O topônimo Laurentino é oriundo do sobrenome do senhor Manoel Laurentino de Andrade, um dos primeiros desbravadores desta terra, indivíduo que tinha a habilidade em cavar poços, sendo muito procurado com a identificação, “vamos lá no Laurentino”, ficando a esta terra com a denominação de Laurentino (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURENTINO, 2013).

Em conformidade com dados da Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí – AMAVI (2017), a economia está dividida entre indústria (46,4%), comércio (23,4%), agropecuária (21,8%) e serviços gerais (8,4%). No que se refere ao recorte setorial, o segmento do comércio é o mais representativo em número de empresas. No entanto, de acordo com o Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas Santa Catarina – SEBRAE (2010) a indústria é o setor que mais gera empregos no município, 56,2% dos postos de trabalho (AMAVI, 2017).

O comércio tem um significado importante na economia do município. São inúmeras empresas atuando nos mais diversificados ramos, São expressivas as atividades de: supermercados, lojas de materiais de construção, roupas, calçados, produtos agrícolas, postos de combustíveis (VALE, 2017).

A atividade industrial caracteriza-se pela industrialização dos produtos agrícolas (conservas, doces, fumo picado), confecção, marcenaria, oficinas mecânicas e manufaturas de tecido. Laurentino possui 5 indústrias de queijos, comercializando o produto em todo o sul e sudeste. Grande impulso aconteceu com a industrialização do fumo em corda, o desfiamento e empacotamento agregou valor ao produto, gerando inúmeros empregos e muita renda. Outras indústrias no ramo da conserva foram surgindo, oportunizando ao agricultor vender sua produção no município. Nos dias atuais o ramo da confecção merece destaque, são inúmeras empresas que atuam com malha e lã, produzindo diretamente para grandes marcas nacionais e exportando (VALE, 2017).

Dentre as culturas agrícolas, encontram-se o fumo de galpão, fumo de estufa, fumo em corda, feijão, milho, olericultura, mudas frutíferas e ornamentais. O principal risco ambiental se dá através de enchentes visto que a cidade é cortada pelo Rio Itajaí do Oeste

Na área de Serviços, destacam-se: oficinas mecânicas, auto-elétricas, fotógrafos, eletricitas, lavagem e borracharia, pintura e chapeação e profissionais na área da saúde. Dentre os principais produtos comercializados encontram-se: dos gêneros alimentícios, tecidos e confecções, materiais de construção, elétricos, calçados, vidros, móveis e eletrodomésticos (AMAVI, 2017)

De acordo com o (IBGE, 2017c) o salário médio mensal dos trabalhadores é de 2.3 salários mínimos e cerca de 36,5% possuem emprego formal na cidade.

A rede de educação no Município é composta pela Escola Estadual de Educação Básica Tereza Cristina que atende alunos do ensino fundamental e ensino médio e pela Escola Municipal Honorata Stédille, onde são atendidos alunos do ensino fundamental (do pré-escolar ao 5º ano). No que se refere à educação infantil, existem três unidades: o Centro de Educação Infantil Infância Feliz, o Centro de Educação Infantil Arco Íris e o Centro de Educação Infantil Ciranda dos Sonhos. Para a educação de jovens e adultos o município conta com o Núcleo Avançado de Ensino Supletivo – NAES. De acordo com o (IBGE, 2017a), a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,6 %. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 6.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 5.

Se tratando de abastecimento de água e saneamento, desde 1981 grande parte da população residente em área urbana do município é abastecida com a rede de água e esgoto através da Companhia Catarinense de Água e Saneamento (CASAN), mas sem tratamento final de resíduos. O município em 2000 possuía 638 domicílios ligados a rede geral de abastecimento de água, representando 44,4% do total de domicílios existentes em Laurentino. Outros 54,7% dos domicílios recebiam água através da canalização de poços e nascentes. Em relação ao saneamento, cerca de 682 (47,4%) dos domicílios são ligados à fossa séptica, 281 (19,5%) à fossa rudimentar, 170 (11,8%) à vala e 127 (8,8%) ligados à rede de esgoto ou pluvial (SEBRAE, 2017).

A Saúde no município de Laurentino é representada pela Secretaria Municipal de Saúde. No município não existe hospital, porém tem-se a unidade de saúde, chamada de Unidade Sanitária de Laurentino. A Unidade fica situada na Rua Leonelo Losi, 241, no centro da cidade, com o horário de funcionamento das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. Lá são oferecidos os serviços da atenção básica, vigilância sanitária e epidemiológica, vacinas, e outros serviços, dentre os quais podemos destacar: clínica geral, pediatria, psicologia, nutrição, serviços de enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, exames laboratoriais e eletrocardiograma. Através de convênios realiza mamografia, tomografia, ressonância magnética, RX, ecocardiograma, ultrassonografia e citopatologia. No momento ela é representada por 2 médicos clínicos gerais da atenção primária, 1 dentista e 1 pediatra sendo englobada também pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os casos que fogem do alcance da unidade, tanto para investigações complementares como casos de urgência e emergência são encaminhados para o Hospital Regional do Alto Vale (HRAV) que é a referência e se situa na cidade de Rio do Sul, a aproximadamente 10 minutos da cidade. Encaminhamentos são feitos para os centros regionais em suas respectivas áreas. De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2000, a expectativa de vida em Laurentino era de 76 anos, acima da média do estado (73,7) e do país (68,6). A procura pelo serviço de saúde é muito alta. A Unidade Sanitária de Laurentino conta com 2 equipes de saúde da família. O fato de a cidade não possuir hospital faz com que a demanda aumente para as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que muitas vezes tem que atender sob demanda. As principais queixas que fazem os usuários buscarem o serviço de saúde são lombalgias, sintomas respiratórios, sintomas gastrointestinais e geniturinários. As doenças e agravos mais comuns são hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade, diabetes Mellitus tipo 2, obesidade, infecção urinária e quadros gripais.

Tendo em vista as particularidades da cidade, percebe-se que há certas demandas que não são atendidas, pois a cidade não conta com visitas domiciliares o que acaba dificultando o acompanhamento da saúde de indivíduos acamados ou com condições que impossibilitem uma visita a unidade básica de saúde.

Diversas causas cursam para este impasse como o fato de Laurentino apresentar demanda para até três ESF's, porém contando apenas com duas, focando-se no atendimento da demanda espontânea. Surge então a falta de organização do tempo para planejamento de visitas e, ainda, a alta demanda desviou o foco das visitas domiciliares, não tendo horário específico e prioritário, sendo realizadas apenas quando necessário. As consequências devido à falta de foco para visitas domiciliares, são tendência a agravos e intercorrências clínicas em pessoas restritas ao lar como em pacientes acamados e com doenças crônicas. Aumenta também o número de internações hospitalares desnecessárias, aumento do tempo de internação, aumento de gastos na atenção terciária, aumento do risco de infecção hospitalar, sem levar em conta também a falta de aporte emocional ao paciente e a

pessoa responsável pelo seu cuidado.

Como justificativa do estudo podemos afirmar que a visita domiciliar é uma das atividades intrínsecas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possibilita ao a inserção do profissional da saúde no espaço da família e assim, tenha condições de identificar suas potenciais demandas (LACERDA et al., 2006). Para execução da visita domiciliar deve haver uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais voltados principalmente para realização de uma ação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (ESCOREL et al., 2007).

Torres, Roque e Nunes (2011) ao investigar aspectos ligados a visita domiciliar de diabéticos enfatiza que a dinâmica adotada na visita domiciliar pode proporcionar um forte incentivo para a educação sobre a doença, além de tornar o processo de interação entre o médico e paciente mais eficaz.

Com base nos estudos já desenvolvidos sobre a temática dessa pesquisa pode-se perceber que a visita domiciliar pode gerar uma série de benefícios para a comunidade, além de facilitar a interação entre o entendimento do paciente sobre sua enfermidade, dessa forma, um estudo como este é importante para a ESF já que passa a cumprir suas funções básicas de acordo com as diretrizes do SUS, importante para a família, para o paciente e também para a redução de custos estatais com internações e complicações em hospitais.

Entendendo a importância e percebendo que na cidade estudada não são utilizados atendimentos de visitas domiciliares, exceto em casos de extrema necessidade, esse projeto buscará evidenciar aspectos que proporcionam melhorias para a unidade sanitária de saúde de Laurentino além ajudar em uma possível criação de mecanismos que facilitem o atendimento integral ao paciente.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de implantação de visitas domiciliares dentre as atividades prioritárias na Unidade Sanitária de Laurentino, na cidade de Laurentino, Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número de pacientes que necessitam de visita domiciliar;
- Verificar o perfil dos pacientes que necessitam de visita domiciliar;
- Estabelecer metas terapêuticas voltadas para cada perfil de paciente;
- Realizar o acompanhamento domiciliar para os pacientes identificados.

3 Revisão da Literatura

A década de 1990 foi um marco inicial no avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, ainda que de modo bastante lento, tornou-se o órgão principal responsável pela gestão de toda rede de serviços de saúde no país e também pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde trouxe diversas complexidades para os gestores públicos (BODSTEIN, 2002). Bodstein (2002) alega que a complexidade de gerenciar as tarefas referente ao serviço público de saúde decorre da necessidade de se tomar como ponto de partida as principais características das transformações originadas com a implantação do SUS no decorrer da década de 1990. Para melhorar os atendimentos aos municípios que geram melhor qualidade e assistência a uma parcela maior de população foram criados programas e políticas especificamente preocupadas com as condições de acesso da população com o sistema de saúde. A atenção básica como um dos programas que visa aumento de atendimento da população nos municípios pode ser entendida como um conjunto de ações de saúde tanto na esfera individual como coletiva, nesse sentido ela pode abranger alguns aspectos, como:

“promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”(BRASIL, 2012b, p. 19).

No ano de 2003 foi elaborada pela resolução do Conselho Federal de Medicina n.1668/2003 os fundamentos que regem o Sistema de Atendimento Domiciliar, o qual tem como apresentar as normas técnicas necessárias à assistência domiciliar do paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Quanto os fundamentos sobre o Sistema de Atendimento domiciliar a (1.668/2003, 2003) objetiva:

- a) Cuidado de paciente em seu domicílio ou de seus familiares, conferindo-lhe maior humanização e atendendo aos princípios bioéticos da beneficência, não - maleficência e justiça;
- b) Redução dos custos assistenciais caracterizados pela não - utilização da infraestrutura hospitalar;
- c) Maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a pronta evolução de sua recuperação;

d) Possibilidade de eleição de pacientes abrangidos por este benefício, poupando-os dos agravos decorrentes de internação prolongada;

e) Estreitamento da relação médico-paciente ou, ainda, equipe de saúde-paciente-família, com todas as vantagens sociais e éticas daí advindas (BRASIL, 2003).

Mesquita et al. (2005) alegam que tão importante quanto a atenção hospitalar são as condições e ambiente em que os pacientes estão inseridos. Dessa forma, alguns tipos de doenças não requerem internação via hospital e utilizam o domicílio como local de “cura”. Esse tipo de atendimento tem ocorrido com bastante frequência no Brasil e torna imperdível a parceria entre o domicílio e o hospital, ocorrendo assim a interação sobre a situação da doença e melhores ações de assistência pelos profissionais. Reduzir os custos de internação e monitoração pode ser bastante viável para os hospitais, que podem dimensionar maior atenção aos internados além de atender uma parte maior da população. Sobre esse enfoque Mesquita et al. (2005) afirmam que o sucesso desse programa está atrelado à habilidade de gerenciamento dos custos e monitoração da qualidade dos atendimentos.

Alguns anos após o lançamento dos fundamentos que regem o sistema de atendimento domiciliar, o Ministério da Saúde lança em 2011 a atenção domiciliar no SUS, a qual se institui em 2013 pela Portaria n.963/2013 e apresenta três modalidades de atendimento domiciliar: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). Para demonstrar de forma clara como são enquadrados cada tipo de modalidade elaborou-se o Quadro 1.

Atenção Domiciliar (AD) segundo a Portaria n. 963/2013 é “nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 2).

O Quadro 1 demonstra que para cada modalidade de Atendimento Domiciliar há necessidade de profissionais capacitados para o desenvolvimento, pois percebe-se que há diferentes enfermidades e graus de complexidade para cada classificação.

A reorganização e divisão em modalidades de trabalho responsável pelo serviço domiciliar na atenção básica, gerou algumas alterações no processo, entre eles podemos destacar:

1. Redução de demanda por atendimento hospitalares/ou redução do período de permanência de indivíduos internados;
2. Humanização da atenção básica;
3. Desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que no que se refere aos cuidados na âmbito da Atenção Básica, conforme o art. 19 Portaria n. 963/2013 nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

Tabela 1 – Modalidades de Atenção Domiciliar

Modalidade de Atenção Domiciliar	Tipos de Pacientes
AD1	<p>I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;</p> <p>II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e</p> <p>III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.</p>
AD2	<p>I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;</p> <p>II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;</p> <p>III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;</p> <p>IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;</p> <p>V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;</p> <p>VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;</p> <p>VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;</p> <p>VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;</p> <p>IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;</p> <p>X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;</p> <p>XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;</p> <p>XII - necessidade de cuidados paliativos; e</p> <p>XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.</p>
AD3	<p>I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e</p> <p>II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:</p> <p>a) Suporte Ventilatório não invasivo:</p> <p>i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);</p> <p>ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);</p> <p>b) diálise peritoneal; ou</p> <p>c) paracentese.</p>

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013, p. 5).

Lacerda et al. (2006, p. 91) entendem que a atenção domiciliar envolve também a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, com o objetivo de reduzir “os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas”. Os autores ainda destacam que esse programa abrange desde o requerimento até a recuperação dos pacientes por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares. O atendimento domiciliar de acordo com [Giacomozzi e Lacerda \(2006\)](#) vem instrumentar as práticas institucionalizadas de saúde, propondo construir uma nova forma de atividade profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no ambiente dos indivíduos. Uma das causas que atualmente vem impulsionado os estudos sobre viabilidade da utilização do sistema de Atendimento Domiciliar são as diversas mudanças ocorridas na sociedade. [Duarte e Diogo \(2000\)](#) apontam uma série de fatores para crescente busca desses programas, dentre eles são: as mudanças demográficas, modificação do perfil epistemológico da sociedade, aumento de doenças crônico-não transmissíveis, alto custo dos materiais hospitalares, desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, aumento dos cuidados com a saúde, interesse de profissionais da saúde por novas áreas de atuação, maior interação entre familiares e equipe médica, entre outras. No Brasil são várias as experiências de Serviços de Atenção Domiciliar, o caderno de Atenção Domiciliar (AD) apresenta como ocorreu o início de sua utilização ([BRASIL, 2012a](#)).

”De início, estas iniciativas eram isoladas, muitas vezes com grupos de pacientes em atendimento de número reduzido e que apresentavam características clínicas em comuns: são os casos de equipes de cuidados domiciliares pós-AVC ou outras situações de grande incapacidade, cuidados geriátricos a idosos frágeis, cuidados paliativos oncológicos e outras especializadas na assistência neonatal. Com a evolução e fortalecimento

da AD como estratégia fundamental nos cuidados às populações como uma modalidade substitutiva no cuidado à saúde, os olhares dos gestores e das equipes de AD para a comunidade devem ser apurados, com o reconhecimento das necessidades específicas dos pacientes e das possibilidades de intervenção, que diferem de acordo com características locais, sócio-demográficas e sanitárias” (BRASIL, 2012a, p. 12).

Dessa forma, para que os processos de cuidados domiciliares se efetivem, a AD deverá operar como área transdisciplinar na prática vivida e vivenciada, pelos desafios que se impõe as ocorrências do dia a dia e na interação das mais diversas áreas do conhecimento (BRASIL, 2012a). Algumas Condições Clínicas são frequentes na Atenção Domiciliar, elas podem ser citadas as: Síndrome da imobilidade (SI), Disfunções cognitivas, Défcits sensoriais, Doenças respiratórias crônicas, Doenças respiratórias agudas, Doenças cardíacas, Infecções de trato urinário (ITU), Feridas, Reabilitação, Problemas alimentares, Transtornos de saúde mental, Iatrogenias, Neoplasias, Doenças infectocontagiosas crônicas, Síndromes neurológicas da infância ao envelhecimento, AD materno-infantil (Rede Cegonha), Constipação, Osteoartrite/ Osteoartrose. Assim para cada doença o manual apresenta as condições clínicas e complicações auxiliando toda equipe médica para qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2012a).

Diante dos estudos desenvolvidos sobre o tema desta pesquisa consultados, fica evidente a importância dessa pesquisa, tanto para a comunidade acadêmica quanto para os postos de atendimentos que utilizam ou querer fazer uso desse tipo de programa de atendimento a comunidade.

4 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção (PI) destinado a todos os moradores, conforme expresso a seguir, que fazem parte da área de abrangência da Unidade Sanitária de Laurentino, localizada na cidade de Laurentino – Santa Catarina. Aborda recomendações na modalidade de Atenção Domiciliar Tipo 1, propostas pela Atenção Domiciliar no Brasil pelas equipes de atenção básica, cuja meta inicial deste projeto é a realização das atividades nos próximos 6 meses com posterior permanência do projeto, já que atualmente, devido à alta demanda espontânea na unidade básica de saúde, esta atenção não faz parte da rotina, exceto em casos onde se faz necessária a intervenção.

Enquadra-se nesta modalidade pacientes que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; pacientes que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde.

O passo inicial é a apresentação do presente projeto de intervenção para a equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, nutricionista e agentes comunitários de saúde) os quais participarão do projeto, objetivando-se mostrar a real necessidade e a importância para a unidade básica de saúde e para os pacientes que dela dependem, além dos objetivos, metodologia e resultados esperados, de acordo com o cronograma.

No segundo passo, o objetivo é o levantamento por parte dos profissionais de saúde para organização dos materiais e recursos necessários para a implementação do projeto na unidade básica de saúde como, por exemplo, cadernos de atenção domiciliar e fichas de acompanhamento.

O terceiro passo, uma vez organizado os recursos necessários, será a busca ativa dos pacientes enquadrados para atenção domiciliar, como exposto acima, através do sistema de informação da atenção básica e através da revisão de prontuários por parte do médico e do enfermeiro responsável, complementando a ação por parte dos agentes comunitários de saúde na busca por pacientes que se enquadrem na modalidade de atenção domiciliar tipo 1 ou mesmo por parte de visitas solicitadas por familiares, vizinhos ou por outros órgãos responsáveis pelas necessidades básicas dos indivíduos como, por exemplo, Assistência Social.

O quarto passo será a organização junto com a equipe para o agendamento das visitas domiciliares em um período exclusivo, fixo e com horário previsto para início e retorno das atividades pelo profissional de saúde responsável pela visita, com contato prévio com a família, seja através das agentes comunitárias de saúde ou por telefone. Neste momento

será classificado os critérios de prioridades de acordo com a quadro clínico do paciente ou a situação socioeconômica o qual o indivíduo e/ou a família se encontra.

O quinto e último passo será a realização das visitas domiciliares com horário previsto para retorno para que, posteriormente, através de reunião composta pela equipe de saúde da família, seja feita a descrição da consulta e das informações coletadas, para discussão de planos terapêuticos, metas e periodicidade do acompanhamento visando melhor continuidade do cuidado e resolução dos casos, realizando sempre ao término da reunião o registro da consulta no prontuário domiciliar.

RECURSOS NECESSÁRIOS

A equipe dispõe de recursos humanos através de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, nutricionista e agentes comunitários de saúde. Necessitará também de disponibilidade de motorista e de automóveis para o transporte dos profissionais.

Há também disposição de recursos físicos através da Unidade Básica de Saúde e sala de reuniões para discussão dos casos, sendo necessário apenas a disponibilidade de tempo através dos profissionais de saúde.

Recursos materiais: Computadores com prontuários disponíveis, impressora, fichas de acompanhamento em atenção domiciliar, cadernos de atenção básica (atenção domiciliar, envelhecimento e atenção à pessoa idosa, estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica).

5 Resultados Esperados

Com a realização deste projeto de intervenção, espera-se grandes resultados a começar pela identificação de famílias e/ou pacientes que precisam de assistência domiciliar, seja através de prontuários, agentes comunitários de saúde ou mesmo através de familiares próximos, parentes ou vizinhos. Com os dados coletados pretende-se montar uma lista de dados com os pacientes elegíveis conforme critérios clínicos e/ou socioeconômicos de prioridade com dados complementares como telefone de contato, endereço, nome do cuidador, comorbidades, periodicidade de visitas e data da última visita.

A nova atividade proposta para a Unidade de Saúde de Laurentino, como qualquer outra assistência prestada pelo serviço, deve ser capaz de ser planejada, organizada e sistematizada, respeitando os períodos exclusivos para esta atividade. Espera-se também que a lista de dados dos pacientes e os casos clínicos e/ou socioeconômicos sejam constantemente atualizados, discutidos em equipe, propondo planos, metas terapêuticas e programação de futuras visitas para continuidade do cuidado. O não cumprimento de cada um dos passos relatados na metodologia faz com que o projeto de intervenção seja classificado como insatisfatório por não atender as metas propostas, com riscos de deixar parte da população dependente desassistida. O objetivo é que ao final de seis meses consiga-se alcançar a meta de visitar a maior parte dos pacientes enquadrados para a atenção domiciliar, assegurando metas de intervenção quando necessário, prevenção, manutenção do cuidado e maior conhecimento acerca das condições de saúde do paciente, da família e da sociedade, promovendo também o maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, reduzindo assim o risco destes adoecerem, pois sabe-se que hoje a visita domiciliar tem uma base fundamental dentro das atividades propostas pela Estratégia de Saúde da Família, já que de acordo com Starfield (2002), a família assume um papel fundamental no acolhimento dos profissionais provendo relações destes com o paciente e a família, na busca de relações de longa duração, facilitando resultados promissores na atenção à saúde.

Referências

- AMAVI, A. dos Municípios do Alto Vale do I. . *Informações sobre a cidade de Laurentino*. 2017. Disponível em: <<https://www.amavi.org.br/perfil&municipio=420950>>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401–412, 2002. Citado na página 15.
- BRASIL. Portaria n. 1668/2003. Conselho Federal de Medicina, Brasília, n. 1, 2003. Citado na página 16.
- BRASIL. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto de seu lar. caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BRASIL. Ministério da saúde. política nacional de atenção básica. Série E. Legislação em Saúde, Brasília, n. 1, 2012. Citado na página 15.
- BRASIL. Portaria n° 963/2013. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D. *Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. Citado na página 18.
- ESCOREL, S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, p. 164–176, 2007. Citado na página 12.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 645–653, 2006. Citado na página 18.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. . *Educação*. 2017. Dados de 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/laurentino/panorama>>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado na página 10.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. . *População cidade de Laurentino*. 2017. Dados de 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/laurentino/panorama>>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado na página 9.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. . *Trabalho e Rendimento*. 2017. Dados 2014. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/laurentino/panorama>>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado na página 10.
- LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 88–95, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 18.
- MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de marília-sp: Custos de recursos materiais consumidos. *Revista Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 555–561, 2005. Citado na página 16.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURENTINO. Plano de assistência social quadriênio 2014-2017. Prefeitura Municipal de Laurentino, Laurentino, n. 1, 2013. Citado na página 9.

SEBRAE, S. de Apoio às Micro e P. E. S. C. . *Santa Catarina em números*. 2017. Dados de 2010. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/Laurentino.pdf>>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado na página 10.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*, v. 19, n. 1, p. 89–93, 2011. Citado na página 12.

VALE, J. A. V. do A. *Laurentino terra do queijo gigante*. 2017. Disponível em: <http://www.avitrine.inf.br/index.php?option=com_content&view=article&id=160:laurentino-terra-do-queijo-gigante&catid=28:regional>. Acesso em: 17 Jun. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.