

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCAS MEDEIROS CURZIO

**PROPOSTA DE MELHORIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA ATENÇÃO
BÁSICA**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

LUCAS MEDEIROS CURZIO

**PROPOSTA DE MELHORIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

LUCAS MEDEIROS CURZIO

**PROPOSTA DE MELHORIA DAS VISITAS DOMICILIARES NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Banca Examinadora

Profa Palmira de Fátima Bonolo
Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte, em 24/05/2014

RESUMO

Para a conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, deve-se realizar um Diagnóstico Situacional do local no qual o profissional atuou durante este período. Dentre os problemas encontrados, a baixa resolutividade no que diz respeito à intervenção realizada nas visitas domiciliares foi considerada como o problema a ser trabalhado. Este trabalho deve ser feito pelo fato de as visitas domiciliares constituírem, a nosso ver, um processo potencialmente modificador da saúde dos indivíduos acamados, com dificuldade de locomoção ou restritos a pequenos espaços, e que vem sendo mal aproveitado, ou não aproveitado em todo o seu potencial. O objetivo deste trabalho foi de elaborar uma proposta de melhoria das visitas domiciliares pela equipe da atenção básica à saúde, bem como, ampliar a visão do médico sobre as famílias da sua área de abrangência para o cuidado em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a atenção domiciliar no plano da atenção básica prima pela interdisciplinaridade, e faz parte do processo de trabalho das equipes, que devem discutir e planejar cada caso. Além disso, requer a participação ativa do usuário e de sua família. A assistência domiciliar esta cada vez mais presente em nossa realidade, sendo uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde igualitário. No Plano de Ação proposto, foram priorizadas atitudes que privilegiassem a organização da demanda, o interesse dos profissionais com os pacientes e o desenvolvimento de um plano de cuidados. A atuação da equipe é muito mais abrangente do que se imagina, pois engloba vários aspectos do paciente. As visitas domiciliares constituem uma tecnologia simples, porém eficaz, que contribui muito para uma melhor cobertura de casos que não podem receber uma intervenção tão detalhada apenas no consultório.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

To conclude the Specialization Course in Primary Family Health Care, a Situational Diagnosis should be conducted where the professional acted during this period. Among the problems encountered, poor solutions regarding intervention performed in home visits were considered as the problem to work on. This work must be done because the home visits constitute, in our view, a potentially modifying process in the health of bedridden individuals with limited mobility or confined to small spaces, and has been poorly exploited or not exploited at all their potential. The objective of this study was to develop a proposal for improvement of home visits by the primary health care team, as well as expand the vision of the doctor about the families of their area of coverage for health care. According to the Ministry of Health (2012), home care in primary care plan aim for interdisciplinary, and is part of the team work, which should discuss and plan each case process. Moreover, it requires the active participation of the user and their family. Home care is increasingly present in our reality as a key strategy for building an equitable health system. In the action plan proposed, attitudes which focus on the organization of demand, the professionals' interest regarding patients and developing a care plan were prioritized. The performance of the team is much broader than you might think, as it encompasses several aspects of the patient. Home visits are a simple but effective technology, which greatly contributes to better coverage of cases that cannot receive such a detailed intervention only in the office.

Key-words: Home visit, Family Health Care, Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO	10
4 METODOLOGIA	11
5 ASPECTOS CONCEITUAIS E RELATO DE CASO	
5.1 Visitas domiciliares	12
5.2 Relato de caso	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

Para a conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), iniciado em 2013 e com término previsto para 2014, deve-se realizar um Diagnóstico Situacional (DS) do local no qual o profissional atuou durante este período. No meu caso, atuei no Programa Saúde da família (PSF) (PSF) São João III, que se situa na Unidade Básica de Saúde (UBS) Albinópolis, no município de Conselheiro Lafaiete.

O município de Conselheiro Lafaiete se situa em Minas Gerais, a 96 km de Belo Horizonte. Possui uma área de 369.544 km², com uma população de 123.275 habitantes. Para o apoio às UBS's, conta com um Pronto-socorro, Centro de Apoio Psico-Social (CAPS), um hospital de referência e serviços de referência e contrarreferência. No Pronto-socorro são dispensados os medicamentos e realizados exames laboratoriais. Conta ainda com um centro de promoção de saúde.

O PSF São João III possui seis microáreas. Conta com uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde. Possui ainda o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com uma psicóloga, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta e um profissional de educação física. A equipe presta serviços de pré-natal, puericultura, exames preventivos de colo de útero, pedidos de mamografias de rastreamento, consultas médicas organizadas em demanda agendada e demanda espontânea, visitas domiciliares realizadas semanalmente, realização de curativos e retirada de pontos, cadastramento dos pacientes no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) (SISHIPERDIA), vacinações, entre outros.

Para a realização do Diagnóstico Situacional, foi muito importante a vivência da realidade dos atendimentos à população e o conhecimento da área, das casas e das famílias, além de debate com a equipe, visto que alguns dos profissionais estão atuando nesta mesma região a mais de dez anos. Ao final do processo, foram constatadas as seguintes deficiências:

- Elevado número de idosos em uso contínuo e contraindicado de benzodiazepínicos, causando perda de memória, quedas e rebaixamento do nível de consciência, além de significantes perdas cognitivas;
- Elevado número de pacientes em uso indiscriminado de medicações psicotrópicas;
- Dificuldade de encaminhamento a certas especialidades como oftalmologia e neurologia;
- Dificuldade de acesso a atividades culturais/lazer (canais abertos de TV, internet, áreas de recreação, áreas para práticas de esportes, etc.);
- Baixa adesão à prevenção e promoção a saúde por parte dos indivíduos do sexo masculino;
- Alta incidência de alcoolismo e tabagismo;
- Alta incidência de indivíduos hipertensos e diabéticos;
- Pacientes polimedicados e automedicados;
- Baixa resolutividade no que diz respeito à intervenção realizada nas visitas domiciliares.

Dentre os problemas encontrados, a baixa resolutividade no que diz respeito à intervenção realizada nas visitas domiciliares foi considerada como o problema a ser trabalhado.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho deve ser feito pelo fato de as visitas domiciliares constituírem, a nosso ver, um processo potencialmente modificador da saúde dos indivíduos acamados, com dificuldade de locomoção ou restritos a pequenos espaços, e que vem sendo mal aproveitado, ou não aproveitado em todo o seu potencial.

Minha equipe optou atuar sobre ele ao concluirmos que há deficiências em sua aplicação, como a falta de critério para o agendamento, falta de objetivos relevantes para a visita e a ausência de interesse pelo local onde o paciente vive.

O problema identificado necessita ser resolvido em nossa área de abrangência, pois nela há muitos pacientes idosos e acamados que necessitam de atenção e respeito.

3 – OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi:

Elaborar uma proposta de melhoria das visitas domiciliares pela equipe da atenção básica à saúde, bem como, ampliar a visão do médico sobre as famílias da sua área de abrangência para o cuidado em saúde.

4 METODOLOGIA

Foram utilizados os materiais disponibilizados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, bem como pesquisa em cadernos do Ministério da Saúde.

|

5 ASPECTOS CONCEITUAIS

5.1 Visitas domiciliares

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a atenção domiciliar no plano da atenção básica prima pela interdisciplinaridade e faz parte do processo de trabalho das equipes, que devem discutir e planejar cada caso. Além disso, requer a participação ativa do usuário e de sua família.

A assistência domiciliar esta cada vez mais presente em nossa realidade. A visita ao domicílio expande o alcance desta prática, permitindo com que as ações que acontecem no domicílio sejam coordenadas às que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde igualitário (ABRAHÃO, 2011).

A Visita Domiciliar é uma das tecnologias leves da Atenção Primária à Saúde, sendo considerada uma ferramenta de promoção da saúde, de prevenção, e voltada também para pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem à Unidade Básica de Saúde, sejam por motivos permanentes ou temporários. Representa cerca de 10% dos contatos entre médicos da atenção primária e seus pacientes no mundo, bem como são reservados 10% da jornada de trabalho dos profissionais de equipes de Saúde da Família com esse fim (SAVASSI *et al.*, 2012).

As ações da equipe vão muito além do simples modelo focado na doença. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), são atribuições da equipe de saúde no domicílio:

- Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;• Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente corresponsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde–doença;
- Coordenar, participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde;
 - Fornecer esclarecimentos e orientações à família;
 - Monitorizar o estado de saúde do usuário, facilitando a comunicação entre família e equipe;

- Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores;
- Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD;
- Otimizar a realização do plano assistencial;
- Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere;
- Garantir o registro no prontuário domiciliar e da família na unidade de saúde;
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
- Dar apoio à família tanto para o desligamento após a alta da AD, quanto para o caso de óbito dos usuários;
- Avaliar a condição e infraestrutura física do domicílio;
- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;
- Pactuar concordância da família para AD;
- Buscar garantir assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da AD;
- Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico;
- Solicitar avaliação da equipe de referência, após discussão de caso;
- Dar apoio emocional;
- Orientar cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água.

Dadas estas dimensões no atendimento da equipe, nota-se a satisfação dos usuários para com este tipo de cuidado. Para Albuquerque e Bosi (2009), os pacientes e os familiares se mostram muito favoráveis a estas ações, com sentimentos de esperança e alegria ao receber a equipe em sua casa. Para eles, o vínculo com o profissional é de suma importância, pois é através deste que se constrói a confiança e por consequência a aderência ao plano de cuidados proposto. A falta de diálogo é visto como um fator dificultador, já que faz com que o profissional muitas vezes não seja visto como uma pessoa educada e gentil, e sim como alguém que não se importa com os outros por não lhes dar o devido respeito (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

5.2 Relato de Caso

Para ilustrar a importância da intervenção de um profissional em uma visita domiciliar, segue um breve relato de um caso vivenciado em 2013 no PSF São João III.

“AZM, 85 anos, sexo masculino.

Na primeira visita realizada, em 25/04/2013, deparei-me com o paciente em sua cama. Ele estava lá por não possuir possibilidade de deambulação, devido a uma amputação sofrida em sua perna direita, na altura do joelho, que teve indicação após uma oclusão arterial. Apenas ficava sentado no leito com a ajuda de familiares, que me relataram dúvida sobre a colocação de uma prótese, pois afirmavam que o paciente não fazia ideia de que não podia andar sozinho, por estar com a “cabeça avoadada”, apresentando esquecimento e desorientação.

O paciente utilizava anti-hipertensivos (losartana[®] 50 mg, meio comprimido ao dia), e apresentava uma pressão arterial ao exame de 180x70 mmHg. Estava em uso já há tempo indeterminado de benzodiazepínico, diariamente (clonazepam 2mg, uma vez à noite).

Durante a tentativa de entrevistar o paciente, ele se dirigia a mim balbuciando sílabas e com secreção lacrimal abundante, e, com a ajuda da família, que já estava acostumada a ouvi-lo, pude compreender frases como: “doutor, me ajuda”, “doutor, eu estou muito triste”, “eu sempre trabalhei”.

O paciente então relatou que trabalhou como pedreiro por toda sua vida e amava seu trabalho. Além disso, ele também falou que possuía uma horta nos fundos de sua casa. Os familiares me contaram que não o levavam mais lá por medo de quedas. Após uma breve reflexão e observação do cômodo, notei um pequeno buraco na parede ao lado da cama.

Naquele dia, apenas modifiquei os medicamentos anti-hipertensivos (losartana 50 mg, duas vezes ao dia e anlodipina 5mg, uma vez ao dia) e sugeri que a família providenciasse os materiais necessários para se fazer cimento, que encontrasse algo que ele pudesse consertar, que o levasse na horta. Após isso, disse que retornaria em breve.

Na segunda visita, realizada em 04/07/2013, percebi uma notável diferença e agradáveis novidades: a família me relatou que comprou os materiais. O paciente havia misturado todos eles, feito cimento, e consertado o buraco da parede. Após isso, passou uma “mão de tinta”, e “aproveitou o embalo” para pintar toda a parede. As novidades não paravam por aí. Ajudou a consertar o fogão da casa e havia voltado a cuidar da horta. Coisas que ele não fazia há muito tempo. O resultado não poderia ser dos melhores: obtivemos uma diminuição expressiva do choro e da inquietação. Sua pressão arterial estava 140x80 mmHg. Iniciei amitriptilina 25mg à noite, e iniciei um esquema de retirada gradual do clonazepam. Sugeri que fosse administrada metade da dose em um dia e a dose completa no outro alternadamente.

Na terceira visita, em (25/10/2013), os familiares me relataram que realizaram a retirada do medicamento, até o momento em que foi passado a ser administrada a metade da dose todos os dias (1mg). O choro havia completamente desaparecido. Foi-me relatado que o paciente havia se “tornado outra pessoa”, e que estava inserido novamente no contexto familiar, com direito a passeios de carro pela cidade.

Hoje em dia, conseguimos alterar o esquema do clonazepam para 1 mg em um dia e 0,5 mg no outro, alternadamente”.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Tomando como objeto o relato de caso, propõe-se estabelecer um plano de intervenção, para a melhoria das visitas domiciliares pela equipe da atenção básica à saúde e ampliar a visão do médico sobre as famílias da sua área de abrangência para o cuidado em saúde.

São apresentados, a seguir, a identificação dos nós críticos (Quadro 1) e o desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema.

Quadro I – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema “melhoria das visitas domiciliares”.

Problema	Nós críticos
Baixa resolutividade nas visitas domiciliares.	Falta de motivação dos profissionais da equipe. Falta de critério no agendamento. Falta de um plano de cuidados

Quadro II – Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema “melhoria das visitas domiciliares”.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de motivação dos profissionais da equipe	Interessar Sensibilizar os profissionais da equipe	Profissionais interessados e reconhecendo a importância das visitas domiciliares.	Reuniões com a equipe mensalmente ;	Organizacional: para programar as reuniões; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;

Falta de critério no agendamento.	Organizar Definir os critérios para o agendamento.	Agenda das visitas sendo montada com melhor critério.	Reuniões com equipe mensalmente; Avaliação dos resultados.	Organizacional: para programar as reuniões e a agenda; Cognitivo: informação sobre o tema e os critérios;
Falta de um plano de cuidados	Planejar Definir um plano de cuidados	Cada paciente com um plano de cuidados definido.	Análise dos resultados e consequentemente adição de itens ao plano de cuidados	Organizacional: organização da agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estudo individual de cada caso;

Quadro III – Identificação de recursos críticos para intervenção “melhoria das visitas domiciliares”.

Operação / Projeto	Recursos críticos
Interessar	Organizacional: para programar as reuniões; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;
Organizar	Organizacional: para programar as reuniões e a agenda; Cognitivo: informação sobre o tema e os critérios;
Planejar	Organizacional: organização da agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estudo individual de cada caso.

Quadro IV – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação / Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Interessar	Organizacional: para programar as reuniões;	Ator que planeja Equipe de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;	Ator que planeja Equipe de Saúde	Favorável Indiferente	Não é necessária Não é necessária

Organizar	Organizacional: para programar as reuniões e a agenda;	Ator que planeja Equipe de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
	Cognitivo: informação sobre o tema e os critérios;	Ator que planeja Equipe de saúde	Favorável Indiferente	Não é necessária Não é necessária
Planejar	Organizacional: organização da agenda;	Ator que planeja Equipe de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estudo individual de cada caso;	Ator que planeja Equipe de saúde	Favorável Indiferente	Não é necessária Não é necessária

Quadro V – Plano operativo

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Interessar	Profissionais interessados e reconhecendo a importância das visitas domiciliares.	Reuniões com a equipe mensalmente;	Agendar as reuniões; Estudar o tema	Toda a equipe	30 dias
Organizar	Agenda das visitas sendo montada com melhor critério.	Reuniões com equipe mensalmente; Avaliação dos resultados.	Agendar as reuniões; Estudar o tema	Toda a equipe	30 dias
Planejar	Cada paciente com um plano de cuidados definido.	Análise dos resultados e consequentemente adição de itens ao plano de cuidados.	Agendar as reuniões; Estudar o tema	Toda a equipe	30 dias

Como este estudo visa à elaboração de um plano de ação e não sua implementação, a etapa que versa sobre o plano de gestão não será apresentada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como intenção propor uma melhoria das visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família. Através da experiência prática e do estudo de artigos, nota-se uma grande importância na relação dos profissionais com os pacientes e os respectivos cuidadores/familiares. Essa relação possui vários níveis, que vão desde aspectos pessoais, como a educação e o interesse pela vida das pessoas, até aspectos técnicos, como o estudo de protocolos e a elaboração de um plano de cuidados que vise à saúde física, mental e socioeconômica.

A atuação da equipe é muito mais abrangente do que se imagina, pois engloba vários aspectos do paciente. A intervenção do profissional no local em que a pessoa vive é de suma importância, visto que é através desta visita que se pode notar todos os aspectos que prejudicam a saúde do indivíduo. Além disso, a satisfação notada no usuário ao receber o profissional em sua casa melhora a relação com a Unidade Básica de Saúde.

As visitas domiciliares constituem uma tecnologia simples, porém eficaz, que contribui muito para uma melhor cobertura de casos que não podem receber uma intervenção tão detalhada apenas no consultório.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev APS**, 14(4): 472-480, 2011.

ALBUQUERQUE, A.B.B; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, maio, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar**, volume 1, 2012.

SAVASSI, L.C.M. *et.al.* Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **J Manag Prim Health Care** 2012; 3(2):151-157.