

VISITA DOMICILIAR

INTRODUÇÃO

Na medida em que a população envelhece e há aumento das doenças crônico-degenerativas, aumenta o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensos⁽¹⁾.

A visita domiciliar forma parte da prática profissional nas Unidades de Atenção Básica, derivando em uma atenção mais humanizada e resolutiva do indivíduo, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação⁽¹⁾.

A **VD (Visita Domiciliar)** segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, constitui-se como uma 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⁽¹⁾.

Com base nesse contexto e pelo fato de ser necessário a melhora do recurso de visita domiciliar no acesso do paciente, no território alocado na Unidade do Jardim Oliveira Camargo, município de Indaiatuba/Sp, existem um número de pessoas que necessitariam de visitas e que muitas vezes não as recebem, justamente pela falta de um critério, ou de classificação do paciente que merece esse recurso de atendimento.

Portanto, o presente projeto tem como principal finalidade estabelecer critérios de classificação para o acesso dos pacientes da Unidade do Jardim Oliveira Camargo do município de Indaiatuba/Sp, levando-se em consideração o cadastro das famílias na Ficha A realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. Nesse contexto, ressalta-se o papel desse profissional na identificação e cadastramento das famílias no referido território.

OBJETIVOS

Geral

O presente trabalho visa a reorganização do trabalho da equipe de saúde, integrando a visita domiciliar na prática clínica da Unidade do Jardim Oliveira Camargo, do município de Indaiatuba/SP.

Específico

- ✓ Utilizar a Ficha A como critério de classificação dos pacientes que de fato necessitam de visita domiciliar;
- ✓ Capacitar os ACS para facilitar o reconhecimento dos pacientes que necessitam de VD e, além disso, valorizar esse recurso como encaminhamento para o Médico da Família.
- ✓ Utilizar a Escala da Cruz Vermelha para determinar o Grau e Tipo de cuidado para realizar no domicílio.
- ✓ Avaliar no futuro satisfação do usuário bem como mensurar a melhora da qualidade de vida.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A **VD (Visita Domiciliar)** segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, constitui-se como uma 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⁽¹⁾.

Nesta modalidade o profissional deixa de ficar esperando as pessoas adoecerem para atuar em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. Constitui uma ferramenta essencial do Médico de Família. Resgata os princípios doutrinários do SUS como **integralidade-universalidade-equidade**⁽¹⁾.

HISTÓRICO

Os cuidados em saúde realizados em domicílio já são descritos na antiguidade. Na Grécia 443 a. Cristo, já se encontram relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias orientando-as no controle de ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo⁽²⁾.

Em Londres entre 1854-56, a prática de visita domiciliar era realizada por mulheres da comunidade (visitadoras sanitárias), sem muita instrução, educando famílias carentes em relação a cuidados de saúde. Como o método teve resultados positivos, se empregaram mulheres com educação superior como médicas, enfermeiras e parteiras⁽³⁾.

Nos Estados Unidos, em 1951, quem realizava esse trabalho eram enfermeiras de saúde pública⁽²⁾.

No Brasil, a partir do Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890, se cria a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro. E em 1918, Carlos Chagas, cria cursos e escolas, entre elas, a de Enfermeiras Visitadoras⁽³⁾.

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. A atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) que funciona desde 1963⁽¹⁾.

Em 1991 é criado o PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde. Surge o Agente Comunitário de Saúde capacitado para reunir informações de saúde sobre uma comunidade. Realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. E responsável por cerca de 150 famílias ou 750 pessoas identificando os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco que a população está exposta. Constitui-se em importante peça de articulação ao identificar os pacientes elegíveis para visita domiciliar⁽³⁾.

A visita domiciliar passa a ser uma importante estratégia de cuidado, onde se estabelece vínculo, acolhimento e escuta qualificada. Seu objetivo é atender o indivíduo em sua integralidade. Permite uma interação entre equipe, família, cuidador e usuário transformando as relações de trabalho, criando compromissos para melhora da atenção pensando no usuário em sua totalidade ⁽¹⁾.

METODOLOGIA

Cenário e Público Alvo

O Projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade do Bairro Oliveira Camargo do Município de Indaiatuba/SP.

O Público-alvo será qualquer usuário (adulto, criança ou idoso) que não tem autonomia, podendo ser temporária ou permanente e que essa falta de autonomia repercute em dificuldades de acesso a Unidade Básica.

As dificuldades de acesso serão classificadas conforme a descrição dos pacientes que são incluídos na Visita Domiciliar do Programa Melhor em Casa e tomando em conta as características das doenças predominantes na área de abrangência da equipe de saúde. Podem ser classificadas em:

- ✓ I: Imobilidade motora;
- ✓ II: imobilidade osteo-articular
- ✓ III imobilidade cognitiva.

Estratégias e ações

A Ficha A de cadastramento de famílias, utilizada para compor dados referentes ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), será critério para classificação de pacientes elegíveis para visita domiciliar. Além disso, existe a necessidade de registros de todas as informações em prontuário familiar, preservando o devido sigilo, possibilitando assim, que todos os membros da equipe possam acessar as informações.

As fichas se dividiram:

- ✓ Fichas de identificação do usuário constando nome, endereço, ocupação, escolaridade, doença predominante bem como as suas complicações ou sequelas;
- ✓ Fichas de visitas onde constarão os números de profissionais envolvidos, periodicidade das visitas, plano terapêutico e agendamento para outros serviços quando necessários.

Avaliações

Reuniões de equipe serão planejadas e, além disso, será utilizada a Escala da Cruz Vermelha para definir os graus de:

- Incapacidade Funcional;

- Níveis de cuidados a serem realizados;
- Periodicidade das visitas.

RESULTADOS

Espera-se com este projeto melhorar a qualidade de vida dos usuários já que a visita domiciliar representa uma prática centrada na pessoa com participação da família, além disso, preconizando a criação de vínculo de responsabilidade por parte da equipe de saúde.

Espera-se também reafirmar a importância do planejamento do trabalho da equipe com comprometimento de cada um dos profissionais envolvidos visando a melhora na atenção do usuário.

CRONOGRAMA

Se tomará como data de início do presente projeto o mês de Novembro do ano 2014 com avaliações trimestrais no primeiro ano.

Atividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do Projeto	X						
Aprovação do Projeto	X						
Estudo da Literatura	X	X					
Coleta de dados		X	X	X	X	X	X
Discussão e Análise dos Resultados				X			X
Revisão final e digitação							
Entrega do trabalho final							
Socialização do trabalho							

	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Coleta de dados	X	X	X	X	X	
Discussão e Análise dos Resultados			X			X

Revisão final e digitação					X	X
Entrega do trabalho final						X
Revisão final e digitação						X

REFERÊNCIAS

1. Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã.
2. Rosen G. Uma história de saúde pública. São Paulo :Hucitec;1994.
3. Melhor em Casa, Caderno de Atenção domiciliar, Ministério da Saúde, Vol 2, Brasília-DF, 2013
4. Andrade O.G, Apda R, Rodrigues P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. Ciênc Cuid Saúde. 2002; 1 193-199
5. Programa Hospital Domiciliar da Prefeitura de São Paulo (PROHDOM), 2012.
6. Visita domiciliar no âmbito da ESF: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará Brasil. Cad. Saúde Pública, Vol. 25, Nº 5, Rio de Janeiro, May 2009
7. Cuidado domiciliar: em busca de autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. Ciência e Saúde Coletiva, 2010, Vol 15, pp 2621-2626.ISSN. 1413-8123,Lacerda, Maria Ribeiro.
8. Visita domiciliar: Tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciên Cuid Saúde, 2008, Abr/Jun, 7(2): 241-247
9. Relatório do GESF: Módulo Visita Domiciliar: Grupo de estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório 20p) SAVASSI, LCM; DIAS, MF; DIAS, MB; SÁ, MMG; SÁ, MJ
10. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Riberão Preto, SP, V.12, Nº1, p. 83-91, Jan/Fev, 2004