



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PATRICIA CAROSIO ARAUJO CAMARGO

SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

SÃO PAULO
2020

PATRICIA CAROSIO ARAUJO CAMARGO

SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO
2020

Resumo

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A introdução do Programa Saúde da Família surgiu como uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país. Foi pautado por experiências semelhantes e bem-sucedidas em vários países, baseando-se em alternativas de diferentes modelos socioeconômicos, e tentando fugir do modelo médico/hospitalocêntrico. O PSF tem como diferencial a noção ampliada de saúde, de forma que por meio da humanização, busca-se a satisfação do usuário, acreditando que isso trará resultados positivos. Entre os pilares da ESF está a Atenção Domiciliar. Esta, pode ser definida, como ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. A Visita Domiciliar trata-se de "um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população". Durante a atenção domiciliar existe uma relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos e demonstra o desafio para os profissionais de saúde, pois se trata de um ambiente não legitimizado como campo de práticas da saúde, onde esse profissional se sente protegido e familiarizado. Nessa interação se exige respeito cuidado singular de acordo com as necessidades de saúde do paciente. Em nosso território, notou-se a inexistência de critérios para priorização da demanda de visita domiciliar, assim como um cronograma e uma frequência com que os pacientes serão visitados. As visitas ocorrem em dias diferentes por equipes. Diante disso, se faz necessário um projeto para que se faça melhor avaliação dos pacientes com necessidade de visita domiciliar. Como ação será realizado o cadastramento dos pacientes que buscam e ou necessitam de visitas domiciliar. Após aplicar escala de Coelho e Savassi, para estratificação de risco em reunião de equipe. Depois de realizado essa classificação estabelecer cronograma de visitas dando prioridades para os casos com risco mais elevado. Refletir com a equipe sobre as visitas do ACS e enfermeira, para cada caso ou no adesão de novos casos. Espera-se com esse projeto que seja estabelecido um fluxo de visita domiciliar, e que a equipe possa se apropriar da escala de Coelho e Savassi, classificando as famílias em níveis de risco. Além de que a partir dessa classificação, possa ser elaborado um cronograma de visitas com maior resolutividade.

Palavra-chave

Doença Crônica. Vulnerabilidade. Relação Médico-Paciente. Promoção da Saúde. Pessoas com Deficiência. Cuidados Domiciliares de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Notei que no serviço de saúde da UBS JD Santa Lucia, inexistem critérios para que os pacientes sejam priorizados como demanda de visitas domiciliares, bem como também não há um cronograma e frequência de visitas. As visitas são feitas, normalmente, depois de requerimento de algum familiar, sendo dentre os pacientes : acamados, portadores de doenças incapacitantes ou sequelas de doenças neurológicas, e a grande maioria de doenças crônicas não transmissíveis. Muitos destes, apresentam plenas condições físicas e sociais de deslocamento até a unidade. Ainda foi observado, em prontuário, não haver periodicidade na realização das visitas, de qualquer membro da equipe multidisciplinar, a esses pacientes. Portanto, necessário se faz que seja estabelecido um plano padronizado para as visitas, no qual se organize as visitas numa escala de prioridade, em que estejam envolvidos todos da equipe multidisciplinar.

ESTUDO DA LITERATURA

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A introdução do Programa Saúde da Família surgiu como uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país. Foi pautado por experiências semelhantes e bem-sucedidas em vários países, baseando-se em alternativas de diferentes modelos socioeconômicos, e tentando fugir do modelo médico/hospitalocêntrico (BRASIL, 2013).

Seu início se deu em 1994, no governo Itamar Franco, no Brasil, tendo como um de suas estratégias de cuidado a saúde da população a visita domiciliar. Com sua definitiva implantação, normas operacionais passaram a definir as visitas domiciliares, estipulando que deveriam ser feitas por todos os profissionais de saúde, pelo menos uma vez ao ano, e pelo agente de saúde uma vez ao mês, privilegiando a prevenção e busca ativa da população (COELHO; SAVASSI, 2004).

O modelo de atenção voltado para a saúde da família, no âmbito brasileiro, tem proporcionado diversas mudanças positivas na relação entre profissionais de saúde e a população, na estruturação e reestruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida a população pelo sistema público de saúde (COSTA NETO, 2000).

A ESF está inserida teoricamente ao campo da vigilância saúde, desta forma praticamente toda a sua atuação está baseada em um território definido, e centralizada em ações de promoção a saúde e prevenção, não priorizando a prática clínica e a abordagem individual. Considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural e produz ação integral, (FRANCO,2014).

Os profissionais que atuam nas equipes da Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas. A Política nacional de Atenção Básica traz as atribuições comuns a todos os membros das equipes em sua Portaria, dentre elas, vale citar: realizar o cuidado integral à saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas, realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da atenção básica (BRASIL, 2017).

Portanto, a Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial (BRASIL, 2017).

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território e outros espaços que

comportem a ação planejada. As ações de atenção domiciliar deve ser destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade, e que necessitem de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e/ou pessoas, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade (BRASIL, 2017).

O PSF tem como diferencial a noção ampliada de saúde, de forma que por meio da humanização, busca-se a satisfação do usuário, acreditando que isso trará resultados positivos (FACCHINI et al., 2014) Entre os pilares da ESF está a Atenção Domiciliar. Esta, pode ser definida, como ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (BRASIL, 2006).

A Visita Domiciliar trata-se de " um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população". Durante a atenção domiciliar existe uma relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos e demonstra o desafio para os profissionais de saúde, pois se trata de um ambiente não legitimizado como campo de práticas da saúde, onde esse profissional se sente protegido e familiarizado. Nessa interação se exige respeito cuidado singular de acordo com as necessidades de saúde do paciente (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; BRASIL, 2013).

O cuidado domiciliar é uma pratica antiga, datada da Idade Média, antes da institucionalização dos hospitais. Era uma pratica muito utilizada. Nos Estados Unidos, surgiu, em 1947, como necessidade de descongestionar os hospitais e com a intenção de criar um ambiente mais favorável a recuperação do paciente. Entretanto a atenção domiciliar expandiu-se mundialmente devido a transição demográfica e epidemiológica. No Brasil, passou a existir, de maneira de cuidado organizado, a partir de 1990. Seguindo a tendência mundial procurando reduzir custos, racionalizar os leitos hospitalares, embasado num cuidado humanizado (BRASIL, 2014).

O aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crônicas degenerativas, entre outras incapacitantes, acabam refletindo diretamente no aumento da demanda por assistência à saúde. Havendo a necessidade, por tal conjuntura de criação de novas modalidades de atenção à saúde, promovendo a ampliação da atenção básica, abrangendo o cuidado ao grupo familiar, em territórios definidos, com criação de vínculos e atendimento a domicilio. A estratégia de atenção domiciliar visa estabelecer parâmetros aos indivíduos que necessitam de cuidados continuados, e gerenciamentos das condições crônicas da saúde (BRASIL, 2017).

No Brasil, desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) a Atenção domiciliar tem ganhado importância e tem participado das discussões. Na busca pela consolidação do sistema, com um modelo que proporcione soluções aos problemas e às necessidades de saúde, considerando a conjuntura política, cultural e econômica do país. Em 2002, foi sancionada lei orgânica instituindo no SUS o atendimento domiciliar, foi colocada como complementar, e não tenha sido proposta junto ao projeto inicial do SUS, o que dificultou sua implementação (BRASIL, 2017).

Em 2006, a ANVISA regula o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar e requisitos mínimos de segurança. No mesmo ano o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), vendo a necessidade de ampliar outras modalidades do cuidado domiciliar publica

nota, política nacional, que propõe criação de serviços sob a responsabilidade da esfera municipal de governo, com formação de equipes de atenção domiciliar. Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, através de uma portaria, Política Nacional de Atenção Domiciliar e a participação do gestor federal no financiamento dos serviços. A evolução da legislação tem proporcionado conexão da atenção Domiciliar com todos os serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Tendo isso como objetivo, nota-se que a visita domiciliar é uma ferramenta capaz de oferecer um atendimento aqueles que possuem dificuldades de acesso ao serviço, que são menos privilegiados. Todavia, se faz necessária uma adequação técnica, para otimização do tempo e os recursos, e uma das estratégias seria através a necessidade de uma sistematização da programação e execução das visitas.

As Modalidades de visita são subdivididas em:

AD1 - ATENÇÃO BÁSICA: destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequências de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica (BRASIL, 2014).

AD2 e AD3 - melhor em casa(SAD): Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da [AD2](#), mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2014)

Como a Medicina da família não atua apenas no campo preventivo, atualmente com maior foco na resolução queixa/problema se encontra sobrecarregada por uma população que excede os parâmetros. Diante disso, as equipes sofrem com o dilema de quem ofertar primeiro a visita, sem que houvesse a perda da qualidade da atenção as famílias. Conforme afirmam Coelho e Savassi (2004), o mesmo princípio de equidade, que é tratar desigualmente os desiguais, preconizado pelo SUS, deve ser atribuído as visitas domiciliares. Com isso, foi desenvolvido um instrumento de classificação de risco das famílias, denominado Escala de Risco Domiciliar Coelho-Savassi (ERF-CS), onde a partir dos dados obtidos fica estabelecido o risco, menor, médio e máximo.

Em nosso território, notou-se a inexistência de critérios para priorização da demanda de visita domiciliar, assim como um cronograma e uma frequência com que os pacientes serão visitados. As visitas ocorrem em dias diferentes por equipes. Na equipe 2 onde atuo, são realizadas visitas quinzenais, numa média de três a quatro pacientes por visita. A maioria deles apresentam-se acamados, com doenças incapacitantes, sequelas de doenças neurológicas e na grande maioria paciente /e ou cuidadores portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Diante disso, se faz necessário um projeto para que se faça melhor avaliação dos pacientes com necessidade de visita domiciliar.

Pelo histórico de vista dos últimos três meses, dos vinte e dois(22) pacientes visitados: 4 tinham problemas mentais e visuais; 5 cadeirantes; 4 AVC; 4 amputações; 1 aneurisma; 2 acamados paralisia e fratura de fêmur, 01 Alzheimer, apenas alguns deles associado a doença crônica. Foram realizadas apenas 01 visita domiciliar a cada paciente.

AÇÕES

LOCAL : CS Sta Lucia - Campinas /SP

PÚBLICO ALVO: Equipe 3

AÇÕES: cadastramento dos pacientes que buscam e ou necessitam de visitas domiciliar. Após aplicar escala de Coelho e Savassi, para estratificação de risco em reunião de equipe. Após realizado essa classificação estabelecer cronograma de visitas dando prioridades para os casos com risco mais elevado. Refletir com a equipe sobre as visitas do acs e enfermeira, para cada caso ou no adesao de novos casos.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO: . Aos paciente com risco 1 - leve, será realizado pelo menos uma visita médica anual; risco 2 - medio, pelo menos 2 visitas anuais feita pelo medico e risco 3 - grave visitas medicas mensais ou trimestrais.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse projeto que seja estabelecido um fluxo de visita domiciliar, e que a equipe possa se apropriar da escala de Coelho e Savassi, classificando as famílias em níveis de risco. Além de que a partir dessa classificação, possa ser elaborado um cronograma de visitas com maior resolutividade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, May 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministerio da Saude/Organizacao Mundial de Saude. Atenção Domiciliar no SUS - Resultados do Laboratorio de Inovação em Atenção Domiciliar. Brasília, 2014.p. 42-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em casa. Serviço de Atendimento Domiciliar. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em 30/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro e 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 28/01/2020.

COELHO, F. L. G.; 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, 17 nov. 2004.