



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

AMANDA DE ALENCAR FERREIRA

REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PELA EQUIPE DE SAÚDE DA ESF PARK  
COLINAS EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA: ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRAL

SÃO PAULO  
2020

AMANDA DE ALENCAR FERREIRA

REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PELA EQUIPE DE SAÚDE DA ESF PARK COLINAS EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA: ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTEGRAL

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: EDINALVA NEVES NASCIMENTO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

As visitas domiciliares são uma importante ferramenta para nós Médicos de Família na formação de vínculo com os usuários e continuidade dos cuidados em saúde promovidos pela equipe de saúde. Ao entrarmos dentro da casa do paciente conhecemos parte de sua história de vida, nos aproximamos da dinâmica de relacionamento dos familiares e identificamos o ambiente em que se inserem seus problemas, assim como fatores que melhoram ou prejudicam sua saúde. Escolhi este tema para o projeto de intervenção por ser um ponto frágil no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde em que estou trabalhando. O bairro da população adscrita à ESF se localiza distante da unidade de saúde, de modo que recebemos muitas solicitações de visitas domiciliares, que acabam sendo realizadas raramente de forma aleatória, em desconexão com o acompanhamento dos usuários que deve ser realizado pela equipe de saúde. Além disso, ocorre uma constante dificuldade na disponibilização de carro pela Secretaria de Saúde do município. A ideia a partir deste projeto é tornar as visitas domiciliares uma prática frequente na rotina da equipe de saúde da ESF Colinas, com critérios organizativos e funcionais na abordagem dos pacientes. Espera-se por meio do projeto agendar as visitas de acordo com o risco das famílias, para direcionamento dos esforços necessários ao usuário em maior vulnerabilidade, estabelecer dia semanal fixo para a realização de visitas, aumentar o envolvimento de todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde na visita de modo a dividir responsabilidades no processo de trabalho em saúde, negociar a disponibilização do carro pelos membros da equipe, além de aprofundar a discussão sobre os dados levantados na visita domiciliar durante as reuniões de equipe.

## **Palavra-chave**

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Visita Domiciliar. Visita Médica Domiciliar.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A unidade de saúde em que estou trabalhando é uma Estratégia Saúde da Família do município de Assis-SP, composta por um Enfermeiro (atuando há mais de dez anos em PSF ); dois Técnicos de Enfermagem ; uma Auxiliar Administrativa e mais quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de mim que sou a Médica da ESF. Temos um período reservado para as visitas domiciliares, quinta-feira à tarde, mas o carro da prefeitura nem sempre está disponível de forma que as visitas se tornam raras. Quando elas acontecem acabam sendo de maneira aleatórias: sem critério na escolha das famílias, sem discussão prévia dos problemas do usuário para traçar um objetivo na visita.

Muitos usuários têm dificuldade no deslocamento até a ESF e, assim, há muitas solicitações de visita domiciliar pelos pacientes que não são acamados ou domiciliados. As solicitações são feitas para os agentes comunitários de saúde que agendam uma data para a visita, porém, não há veículos disponíveis para levar a equipe e a distância não permite ir a pé. No dia pré determinado para as visitas a auxiliar administrativa solicita o carro na secretaria que muitas vezes não vem na última hora. Não há discussão prévia sobre qual casa e porque iremos visitar ou sobre quais são os problemas daquela família ,diante da imprevisibilidade da chegada do carro. Quando ele não vem, se possível, vamos com carro próprio ou então desmarcamos as visitas. O Enfermeiro da unidade já encaminhou memorando justificando a necessidade do carro e a dificuldade de realizarmos as visitas domiciliares. Porém, não houve melhoria . Quando o carro vem, aproveitamos e vamos em várias casas, mas rapidamente sem muita demora para dar tempo de ir um pouco em cada família, de forma que não há qualidade no contato médico paciente, nem plano de educação em saúde.

Diante disso, vejo a necessidade de reorganização das visitas domiciliares realizadas pela minha equipe de saúde.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

As visitas domiciliares são uma forma de atenção em saúde na moradia do paciente, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, garantido a continuidade do cuidado segundo o princípio da longitudinalidade (RAKEL, 1995). A equipe tem a oportunidade de reforçar as orientações discutidas anteriormente com o paciente.

Segundo a revisão de literaturatura realizado por Rocha (2017) as visita domiciliares aparecem nos artigos sendo utilizadas como estratégia de cuidado pelas equipes da atenção primária, bem como intervenção dirigida a portadores de doenças crônicas ou para coleta de dados para pesquisas. As normas do Programa Melhor em Casa os pacientes são divididos em 3 níveis de acordo com a complexidade do cuidado: AD1, AD2 e AD3. A Atenção Primária em Saúde fica responsável pelos cuidados dos pacientes AD1 e deve apoiar as equipes de atendimento domiciliar na assistência dos AD2 e AD3 (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar pode oferecer ao paciente um cuidado ligado diretamente à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio. Essa aproximação da vida do usuário reforça o uso das tecnologias leves na atenção básica que se referem ao material humano, ou seja o contato, a presença, o olhar dos próprios profissionais de saúde. Permite a troca de idéias e abre espaço para o diálogo entre usuários e profissionais (RAKEL,1995).

O Grupo Hospitalar Conceição criou uma classificação da assistência domiciliar: chamados, vistas periódicas, internações domiciliares e busca ativa. Os chamados se referem às doenças agudas em que os profissionais têm que se organizar para ouvir a demanda e avaliar a necessidade de assistência ou encaminhamento. As visitas periódicas são em sua maioria para pacientes acamados, mas devem incluir pacientes com deficiências, idosos solitários, famílias em risco com acesso restrito à unidade. As internações dommiciliares são acordadas entre o paciente, a família e a equipe de saúde, em casos de neoplasia avançada, por exemplo, desde que haja o mínimo de estrutura psicológica e física para isso. A busca ativa é uma prática que se direciona aos pacientes de difícil adesão que faltam em consultas ou tem exames atrasados e, ainda, para vigilância em saúde de puérperas e recém-nascidos. Esses tipos de visita podem eventualmente se fundir ou se transformar em outra dependendo da situação (BRASIL, 2003).

## **AÇÕES**

- 1) Avaliar as condições das famílias por meio de instrumentos específicos: aplicação da Escala de Coelho que estratifica as famílias do território de abrangência da unidade com base nos critérios de risco identificados na Ficha A (doenças sistêmicas crônicas; moradia analfabetismo, etc);
- 2) Organizar uma agenda de prioridades e ordem das visitas domiciliares, conforme os riscos apresentados pelas famílias e de acordo com o princípio da Equidade, para destinar tempo e intervenções diferenciadas;
- 3) Estabelecer um dia semanal fixo para realização das visitas domiciliares,;
- 4) Negociar a disponibilização do carro pelos membros da equipe quando a Secretaria Municipal de Saúde não disponibilizar transporte;
- 5) Realizar as visitas domiciliares em equipe: médico, agente de saúde, técnico de enfermagem ou enfermeiro, a fim de facilitar o debate entre os diferentes profissionais;
- 6) Reunir a equipe após realização da visita domiciliar para exposição e discussão dos problemas identificados nas famílias visitadas.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que as visitas domiciliares permita que a equipe dedique esforços necessários às famílias em maior vulnerabilidade. Essa priorização é necessária devido ao grande número de famílias que são atendidas na área de abrangência da ESF Colinas. Espera-se, ainda, conhecer a família dentro de seu espaço físico, as características ambientais, culturais e socioeconômicas do domicílio. Entende-se que a promoção da autonomia do indivíduo e da família na prática do autocuidado em seu domicílio pelo estímulo à adesão dos tratamentos propostos propiciará ao paciente e à família uma participação ativa em seu processo saúde-doença.

Além disso, pretende-se reduzir o sentimento de se estar sozinho diante das dificuldades enfrentadas pelas famílias, por meio da visita domiciliar em conjunto com vários profissionais. Por fim, pretende-se compreender o processo saúde-doença-cuidado, atingindo-se uma visão ampliada e integral do contexto dos pacientes, tornando a visita domiciliar uma prática frequente na unidade, diminuindo episódios de desmotivação e falta de fé na capacidade de trabalhar em equipe.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. [S.l.]: Editora Guanabara Koogan, 1995.

ROCHA, Kátia Bones et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017 .