



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GIULIANA CARPENTIERI PIPOLO

ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE PROTOCOLO PARA VISITAS DOMICILIARES NA
UBS PARQUE MINAS GERAIS, OURINHOS, SÃO PAULO.

SÃO PAULO
2020

GIULIANA CARPENTIERI PIPOLO

ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE PROTOCOLO PARA VISITAS DOMICILIARES NA
UBS PARQUE MINAS GERAIS, OURINHOS, SÃO PAULO.

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

A Visita Domiciliar, regulamentada como modalidade de atenção a saúde do SUS no ano de 2016, é uma importante ferramenta da Atenção Básica, pois promove maior acessibilidade, longitudinalidade, e integralidade nos cuidados. Contudo, é necessário que a visita seja sistematizada e organizada, pois no ambiente doméstico são diversos fatores sociais e sanitários a serem considerados, além da família como um todo e cada indivíduo com as suas particularidades. Todas essas informações necessitam ser registradas de forma prática e clara a fim de possibilitar que a equipe de saúde da família realize um Projeto Terapêutico Singular efetivo. Dessa forma, foi criado um protocolo de visita domiciliar, a ser aplicado pelo médico assistente durante a primeira visita. O protocolo é inspirado na ferramenta de abordagem familiar P.R.A.C.T.I.C.E., e consiste em perguntas relacionadas aos principais fatores saúde-doença, além de campos para realização de genograma e ecomapa. Espera-se que a partir da aplicação desse protocolo, a equipe de saúde tenha visão ampliada do contexto da família em questão, permitindo assim a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular completo e efetivo, contribuindo para maior qualidade no atendimento e maior adesão ao tratamento.

Palavra-chave

Visita Médica Domiciliar. Pessoa Acamada. Visita Domiciliar.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A motivação para escolha do projeto é algo que me acompanha desde o início do ano. A desorganização e falta de sistematização das visitas domiciliares é algo que atrapalha a mim desde que cheguei na equipe e dificulta também o trabalho das agentes comunitárias de saúde. Sem um protocolo, acabamos perdendo algumas informações importantes na hora da visita, esquecendo de tocar em pontos cruciais, e o cuidador acaba esquecendo de perguntar e contar coisas importantes também. Especialmente em casos mais complexos, que demandam muitas orientações, encaminhamentos, solicitações, guias, cuidados, receitas e observações, temos percebido ao discutir o caso após a visita, que algumas informações não foram colhidas, e que poderíamos ter feito uma abordagem ainda mais integral e completa.

Conversando com a equipe, nunca foi feito um protocolo para visita domiciliar, e também nunca havia tido uma discussão sobre isso, mas todos concordam que é uma questão que precisamos melhorar para facilitar o trabalho de todos e também ajudar os pacientes e suas famílias de forma mais efetiva. Afinal, a sistematização nos permitirá maior nitidez da situação-problema ao estudar cada caso, e melhor organização da equipe multidisciplinar. Com a sistematização economizaremos tempo e conseguiremos focar nos pontos principais de cada núcleo familiar a ser visitado, mantendo uma abordagem integral e completa.

ESTUDO DA LITERATURA

No Brasil, a Atenção Domiciliar na saúde pública se deu início com Oswaldo Cruz, na década de 1920, mas foi só a partir de 1990 que os municípios começaram a aderir de forma concreta, para reforçar o tratamento poliquimioterápico da AIDS, e então encontraram na Atenção Domiciliar uma forma de ampliar o acesso a saúde e otimizar os leitos hospitalares (BRASIL; 2012, OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

A Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016 redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no SUS como: "modalidade de atenção à saúde (...) caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados". E as Diretrizes da AD estão em concordância com os princípios do SUS, promovendo equidade de acesso e integralidade da assistência, norteados pelo acolhimento e a humanização de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2016).

Para organizar a ampla demanda de visitas domiciliares, foi adotada a divisão em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A AD1 é de responsabilidade da Atenção Primária a Saúde, e a AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), serviço especializado que pode substituir ou complementar a hospitalização. O paciente elegível para a modalidade AD1 é o paciente cujo cuidador é capaz de arcar com a maior parte de suas necessidades de cuidado, ou seja, um paciente clinicamente estável, que demanda intervenção médica e/ou multiprofissional pouco frequente (BRASIL, 2016).

A importância da AD é que ao conhecer a residência do paciente, o profissional de saúde se depara com o contexto social, as condições de higiene e saneamento, a estrutura familiar, dentre outros fatores influenciadores do processo saúde-doença. Essa experiência revoluciona conceito de cuidado integral, e proporciona a saúde centrada no indivíduo, dando atenção especial à sua família e ao meio onde vive. Dispondo dessas informações valiosas, conseguimos criar ferramentas para a promoção de saúde de forma eficiente (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

Há diversas ferramentas de abordagem familiar que podem ser utilizadas durante a visita domiciliar, uma delas é o acrônimo em inglês " P.R.A.C.T.I.C.E ". Essa ferramenta auxilia no entendimento do problema, seja ele de natureza orgânica, comportamental ou relacional, e facilita a construção de um plano de intervenção. Analisando cada componente desse instrumento temos: P - (*Presenting Problem*) " Situação Problema": equivale a queixa principal; R - (*Roles and structure*) Revela o papel de cada integrante do grupo familiar e como é o desempenho de cada um. A - (*Affect*) "Afeto": identifica como são as relações pessoais entre os familiares e como isso afeta o problema em questão. C - (*Communication*) "Comunicação": Como se comunicam dentro da família e se a comunicação é efetiva ou não. T - (*Time of life cycle*) "Tempo": Procura entender em que ponto do ciclo de vida se encontra a família e correlacionar isso ao problema apresentado. I - (*Illness in family*) - "Doenças na família": Histórico familiar de doenças (passadas e presentes) e tratamentos. C - (*Coping with stress*) "Encarando situações de estresse": Identifica como a família encarou situações de estresse no passado e propoe analisar as lições aprendidas. E - (*Ecology*) "Ecologia": Revela as relações da família com o meio onde vivem (vizinhança, escola, igreja) e os aspectos estruturais como condição de moradia e saneamento básico. A aplicação dessa ferramenta facilita a construção de um plano de intervenção (CHAPADEIRO et

al., 2012).

AÇÕES

- 1) Elaborar um Protocolo de Visita Domiciliar, no formato de questionário, que deverá ser submetido ao paciente e/ou seu cuidador. Os itens do protocolo são baseados na ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. estão relacionados aos principais fatores do processo saúde-doença, como o número e a idade dos moradores da residência, a escolaridade e comorbidades de cada um, condições de saneamento básico, presença de animais no domicílio, fonte de renda, contemplação de benefício social, além de genograma e ecomapa;
- 2) Apresentar o protocolo à equipe para validação, discussão e programar sua aplicação prática. O protocolo deverá ser instituído logo no início da primeira VD de cada residência, possibilitando uma introdução geral da realidade biopsicossocial e espiritual da família;
- 3) Aplicar o protocolo durante a visita domiciliar. A partir disso, podemos entender os principais aspectos a serem trabalhados no decorrer da visita e planejar o acompanhamento continuado;
- 4) Discutir com a equipe a respeito dos dados e informações relevantes adquiridas por meio do Protocolo e seleção em equipe dos principais pontos a serem abordados;
- 5) Iniciar o planejamento terapêutico e o cuidado continuado da família em questão.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se haver uma sistematização e organização dos dados de cada integrante que compõe a família residente no domicílio a ser visitado. Entende-se que desse modo será possível contemplar de forma clara os principais aspectos de saúde e qualidade de vida daquela família e dar todas as orientações e instruções cabíveis no momento da visita.

A partir da coleta e organização de dados será possível ampliar o espectro de visão, discutir em conjunto com a equipe um planejamento terapêutico integral para a família como um todo e para cada um de seus integrantes individualmente, quando necessário. Isso possibilitará maior qualidade no atendimento, além de aumentar a adesão a tratamentos e criar um vínculo de confiança entre o paciente e os membros da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abril. 2016. p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 2 v.

CHAPADEIRO, Cibele; OKANO ANDRADE, Helga; ARAÚJO, Maria. **Família como foco da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMF; 2012.

OLIVEIRA NETO, Aristides; DIAS, Mariana. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 58-72, 2014.