



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Humberto Zeiler Silva Madeira

Visitas Domiciliares na Estratégia de Saúde da Família
de Campos do Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul:
a importância de desenvolver e implementar protocolos,
rotinas e diretrizes para o agendamento e realização do
atendimento externo

Florianópolis, Janeiro de 2023

Humberto Zeiler Silva Madeira

Visitas Domiciliares na Estratégia de Saúde da Família de Campos do Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul: a importância de desenvolver e implementar protocolos, rotinas e diretrizes para o agendamento e realização do atendimento externo

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Camila Biribio Woerner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Humberto Zeiler Silva Madeira

Visitas Domiciliares na Estratégia de Saúde da Família de Campos do Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul: a importância de desenvolver e implementar protocolos, rotinas e diretrizes para o agendamento e realização do atendimento externo

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Camila Biribio Woerner

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: A visita domiciliar tornou-se instrumento fundamental de aproximação da equipe com os pacientes que necessitam de atendimento em casa. Além de conhecer o contexto familiar, a equipe tem a oportunidade de desenvolver estratégias individualizadas que contemplam uma assistência de qualidade, reduzindo custos, otimizando o tempo, triando pacientes e material necessário para o atendimento. Entretanto, se fazem necessárias estratégias para organização e priorização das visitas domiciliares. **Objetivo:** Qualificar o atendimento externo prestado a população da ESF Campos do Cristal, cidade de Porto Alegre – RS, através da organização da rotina das visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde. **Metodologia:** Desenvolvimento de reuniões semanais que discutem estratégias específicas para cada família ou paciente visitado. De igual forma, orienta refletir sobre a exposição da equipe em áreas vulneráveis, que oferecem pouca segurança para os profissionais da saúde. Iremos adotar estratégias como o envolvimento da equipe na discussão de casos, oferta possibilidades de resolução. Dados como o número de membros da família em questão, histórico patológico, tipo de moradia, renda principal, fatores de risco a que estão submetidos, e particularidades que não chegam até a unidade de saúde, mas que fazem parte do contexto da comunidade, podem e devem fazer parte da discussão de casos. Para tanto, a participação dos Agentes Comunitários que moram no território adscrito, torna-se importante na elaboração das estratégias de saúde e acompanhamento de pacientes que apresentam dificuldade para se deslocar até o posto de saúde. Estudar o mapa da área, possibilita possíveis rotas de fuga em situação de crise. Discutir o plano antes de deixar a unidade, qualifica o atendimento. Refletir sobre a família visitada e sua realidade, amplia a capacidade de resolução dos problemas enfrentados. **Resultados Esperados:** envolvimento direto dos membros da equipe que discutem os casos individualizados, assim como uma melhor oferta de serviço à população.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar, Equipe de Assistência ao Paciente, Estratégias, Visita Domiciliar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A Estratégia de Saúde Família – ESF “Campos do Cristal” encontra-se localizada no bairro de mesmo nome, na cidade de Porto Alegre - RS. O bairro foi fundado há aproximadamente 20 anos, quando famílias foram deslocadas do bairro Cristal, quando à época ocupavam um loteamento onde foi construído um luxuoso Shopping Center. Através de um acordo, e como forma de compensação, estes moradores receberam pequenos lotes a 10 km de onde moravam antes, para hoje ocuparem suas próprias casas. No bairro existem poucos comércios, visto que os assaltos são frequentes. Observa-se uma comunidade carente, distante do luxo da capital gaúcha.

Esta comunidade é um exemplo clássico de comunidade vulnerável, índices altos de violência, tráfico de drogas, que experimenta saneamento básico ruim com esgotos percorrendo os principais acessos. Duas escolas de educação fundamental atendem às crianças do bairro, que convivem com a violência da grande cidade, em uma capital rica, cheia de comunidades pobres expostas à banalização da vida.

A ESF Campos do Cristal tem aproximadamente 3.145 pessoas cadastradas no posto de saúde distribuídas da seguinte forma: 669 crianças, 530 adolescentes, 1.655 adultos e 291 idosos. Da mesma forma foram registrados 24 nascimentos no ano de 2017. Parte destes moradores são pessoas idosas que recebem visitas domiciliares, da equipe de saúde, uma vez por semana para atendimento médico e outros serviços.

Atendemos atualmente a 1010 famílias que residem em 700 casas, num território que se assemelha a um quadrilátero equivalente a cinco campos de futebol.

A demanda diária pode variar bastante, mas a procura por atendimento relacionados às enfermidades de transmissão sexual são, em nosso entendimento, um problema grave na região em que trabalhamos. A sífilis ocupa um lugar importante dentre estas doenças que nos obriga aprender um pouco mais sobre o comportamento sexual da população. Por outro lado, o tabu que ainda acompanha as DST's, faz com que o diagnóstico e tratamento sejam por vezes prejudicados.

Destacamos também as demandas oriundas da saúde mental como desafio para matricular, acompanhar e tratar tais situações, visto que o número de casos é expressivo. Desta forma, buscamos controlar seguindo orientação do protocolo de saúde mental.

As queixas mais comuns são, via de regra, enfermidades crônicas. Estamos acompanhando e tratando atualmente 274 casos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, associados à diabetes e outros problemas crônicos. A maioria destes pacientes está controlada com revisão ou mudança de medicação e visitas domiciliares para orientação de dieta saudável e equilibrada.

Já a incidência de diabetes na região é crescente. Temos hoje 83 pacientes em acompanhamento na unidade de saúde, muitos destes, vítimas dos próprios hábitos alimentares

e de vida, motivo pelo qual iniciamos um grupo de apoio com visitas domiciliares que incentiva um estilo de vida saudável, que estimula a perda de peso, assim como a atividade física.

Também identificamos queixas frequentes, que por condições multifatoriais, sejam ambientais ou sanitárias, registramos casos de crianças com diarreias de diversas causas, febre, resfriado comum, tosse com expectoração e problemas de pele inespecíficos, o que nos faz priorizar o atendimento via acolhimento.

Diante da realidade da comunidade e do fluxo enfrentado por esta unidade de saúde, destacamos como problema a realidade das visitas domiciliares não discutidas com a equipe ou com o médico, problema este diretamente ligado à rotina, cotidiano da comunidade e passível de intervenção por parte dos profissionais da equipe.

Por tanto, justificamos como problema principal as visitas domiciliares que não obedecem aos critérios do Programa da Saúde da Família, sendo agendas unilateralmente pelo Agente Comunitário de Saúde, deslocando o profissional médico da unidade para muitas vezes realizar uma visita que não se enquadra dentro de critérios e necessidades previamente definidas.

Tais agendamentos, sem pactuação entre as partes envolvidas, podem trazer prejuízos para a unidade e para a comunidade. A ausência do médico da unidade por motivos que podem ser solucionados com uma consulta presencial no próprio posto, pode ser evitada, assim como a exposição dos profissionais em área de risco, além da distância da casa visitada sem transporte adequado, são problemas relacionados às visitas não programadas.

Tal problema se justifica pela importância de manter o profissional médico na unidade, dando prioridade ao acolhimento, demanda principal e interesse da comunidade, fato possível de se resolver em equipe, diante da adequação de agenda, e discussão de casos para otimização da visita domiciliar.

Nossa proposta, portanto, é que as visitas sejam apresentadas, analisadas e discutidas em equipe, durante as reuniões semanais, possibilitando a discussão de caso a caso, otimizando as visitas, quando necessárias.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Qualificar o atendimento externo prestado a população da ESF Campos do Cristal, cidade de PortoAlegre – RS, através da organização da rotina das visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Refletir com a equipe profissional sobre os objetivos e necessidades da realização das visitas domiciliares;

Desenvolver e implementar protocolos, rotinas e diretrizes para a agendamento e realização das visitas domiciliares;

Reduzir os custos com deslocamentos desnecessários, bem como, exposição desnecessárias da equipe de saúde em contextos de alto índices de violência.

3 Revisão da Literatura

A Estratégia da Saúde da Família - ESF é instrumento fundamental no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais problemas de saúde que acometem a população brasileira. Desequilíbrios relacionados ao estilo de vida, alimentação inadequada, administração incorreta de medicação, baixo grau de instrução, pouco acesso à informação são, via de regra, identificados de forma precoce pela ESF que tem participação importante no processo de resolubilidade destes problemas.

Para atender tal necessidade surgiram os atendimentos domiciliares que rastreiam acompanham e tratam pacientes em seus domicílios. Dessa forma fizemos esta revisão, na intenção de buscar literaturas que possam contribuir com este trabalho de investigação.

Entendendo que grande parte da população tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde o SUS implementou as ESF para diminuir distâncias, levar médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, agentes comunitários e outros profissionais da saúde até a comunidade, ofertando meios para que populações antes isoladas, nos grandes centros ou nas periferias do país, sejam atendidas de forma digna, na hora e momento ideal antes que patologias em estágios iniciantes revelem-se problemas crônicos.

De tal forma, a orientação é que agentes comunitários sejam residentes na área o que facilita o acesso às famílias do território adscrito. Estes são instrumentos fundamentais que facilitam o vínculo, promovem confiança, pois conhecem os pacientes, seus entes e suas histórias. Conforme o Caderno de Atenção Básica nº 27 do Ministério da Saúde - 2010, em suas definições de metas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário (BRASIL, 2009).

Acompanhar, orientar, acolher, tratar, pactuar são palavras do vocabulário que a ESF pratica diariamente, através dos Núcleos de Apoios da Família (NASF) e seus membros. Compartilhar conhecimento com a equipe da unidade se faz necessário diante da pluralidade de casos que chegam e que necessitam atenção da equipe multidisciplinar, tal qual preconiza o Caderno de Atenção Básica nº 39, quando define o NASF: “são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas” (BRASIL, 2014).

A equipe da Unidade de Saúde deve sempre estar integrada para ofertar um melhor atendimento ao usuário, evitando ruídos na comunicação, facilitando o acesso às infor-

mações deste paciente ou familiares. Desde a recepção ao consultório médico, o protocolo de atendimento deve ser universal, alinhando qualidade e compromisso. Tomando como exemplo a equipe NASF que cita em suas diretrizes que a equipe deve ter interação, para evitar uma atenção inadequada ou falha na abordagem do paciente. É o que diz ainda o Caderno n° 39, página 17 - Essa integração deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014, p. 17).

Discutir, entender, classificar e priorizar grupos de atendimentos é fundamental para otimizar os atendimentos externos de uma ESF. Agendar atendimento ou visita domiciliar de forma unilateral desobedece critérios de preparação, de organização e estudo de casos, saltando passos que podem contribuir para uma atenção de qualidade. A pactuação dos membros da equipe é essencial para elaboração de um projeto de atendimento e acompanhamento, como preconiza o Projeto Terapêutico Singular no Caderno de Atenção Básica n° 27 do Ministério da Saúde – 2010, quando trata sobre o Projeto Terapêutico Singular: a discussão em equipe dos casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. O projeto terapêutico é um conjunto de propostas e condutas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial (BRASIL, 2009, p. 27).

Para tanto a discussão de casos individuais ou coletivos, torna-se instrumento potencial para uma abordagem de sucesso, conhecendo seus problemas atuais e antecedentes, priorizando pacientes que de fato precisam da atenção domiciliar especializada. De tal forma, a classificação, assim como a triagem adequada destes pacientes elevará a qualidade e preparação do atendimento fora da unidade de saúde, otimizando qualidade do serviço prestado.

A atenção domiciliar deve portanto ser padronizada, mantendo um modelo de assistência que ofereça saúde com segurança, evitando falhas na atenção, como determina o Caderno de Atenção do Melhor em Casa em suas Diretrizes para a Sistematização do Processo de Trabalho na Atenção Domiciliar: Dessa forma, “a falta de padronização dos procedimentos, a inexistência de normas e rotinas e a não utilização de metodologia da assistência [...] podem indicar desorganização do serviço [...] devido às diferentes formas de conduta profissional” (BRASIL, 2013). A falta de padronização, além disso, pode levar a resultados variados ou dificultar o alcance dos resultados esperados. Então, padronizar possibilita, também, conhecer o “percurso” que levou a atingir o objetivo final, para que se consiga atribuir a esse resultado esperado a ação que levou a alcançá-lo”.

Os profissionais envolvidos na atenção domiciliar devem estar devidamente preparados para a visita proposta, evitando assim serem surpreendidos por novas informações que possam mudar a logística da atenção domiciliar. A configuração familiar deve ser devidamente estudada para evitar situações conflitantes. O manual do Melhor em Casa (BRASIL, 2012) propõe observar que o “Estes profissionais geralmente vivenciam altos níveis de estresse relacionados às atividades do dia a dia. Dentre eles, podemos destacar: Enfrentamento de pacientes ou familiares difíceis e exigentes; Ser portadores de más notícias sobre o diagnóstico e o prognóstico; Ineficácia do tratamento para a cura, sem um preparo adequado para tal; Revelações sobre a morte a seus pacientes com os quais já possuem vínculos; Envolvimento em conflitos emocionais com familiares e pacientes, absorvendo muitas vezes a raiva, o pesar e o desespero expressado por eles”.

O estresse, os cuidados envolvidos com a integridade destes profissionais devem ser especialmente observados. Preservar a integridade dos profissionais que se expõe nas ruas ou vielas e becos das comunidades controladas pelo tráfico de drogas e outras vulnerabilidades deve ser fundamental. O profissional deve observar os sinais de alerta, como pessoas estranhas ao convívio diário, se movimentar em horários de maior fluxo, e de tal forma, sair da unidade somente de forma programada e pactuada com a equipe, usando identificação, usando meios para não ser confundido com pessoas estranhas àquela localidade.

A ESF Campos do Cristal assim como outras unidades de saúde de Porto Alegre, recebeu treinamento de 20 horas para que o acesso às comunidades seja feito de forma segura. O treinamento denominado “Acesso Mais Seguro”, discutiu sinais de alerta, situações de conflito, tiroteio, ruas bloqueadas por situação de crise e possíveis rotas de fuga, o que igualmente propõe o manual do Melhor em Casa, que orienta de forma detalhada sobre a violência urbana a que estão submetidos os profissionais que trabalham fora das unidades de saúde. “Garantir o reconhecimento dos profissionais das equipes de AD pela população local – por meio dos conselhos locais e agentes comunitários de Saúde. Os profissionais das equipes devem estar identificados, com uniformes e crachás. Os meios de transporte devem estar devidamente identificados, garantindo o reconhecimento da população como transporte de equipe de Saúde. As escalas de atendimento devem propiciar horários para estas visitas em períodos com maior circulação da população, preferencialmente no período da manhã ou início da tarde. Este horário deverá ser pré-pactuado com a família.

Entende-se a atenção domiciliar como ferramenta essencial de continuidade da assistência hospitalar, que diminui custos, aproxima o paciente da família, e dos seus hábitos diários, mas que requer instrumentalização necessária para que o profissional da saúde possa estabelecer vínculo e ofertar atenção de qualidade. Atender um paciente acamado, com dificuldade para deambular em suas residências, exige da unidade de saúde suporte para tal, como transporte seguro, insumos suficientes e adequados para a individualização de casos. O programa de Atenção Domiciliar é dependente de uma articulada rede de serviços e uma importante estrutura organizacional, como o de equipes de apoio, su-

porte técnico, grande logística para provimento de insumos, comunicações e transporte (FRANCO, 2007) (AZEREDO et al., 2007).

Propõe-se portanto dialogar, entender, discutir e pactuar qualquer atenção domiciliar, evitando, como já discutido, sair da unidade sem um projeto de assistência adequado, submetendo os profissionais a situação de estresse e risco. Elaborado o projeto de assistência domiciliar, devemos assim como dentro da unidade saber triar as famílias que devem ser visitadas, usando critérios de risco ou vulnerabilidade, para ofertar uma melhor assistência às famílias visitadas pela equipe da ESF.

4 Metodologia

O projeto de intervenção atualmente em execução é direcionado ao corpo de funcionários da ESF Campos do Cristal na cidade de Porto Alegre-RS, para que se possa refletir sobre a necessidade do atendimento externo, evitando situações de risco, e assim propor uma melhor logística de triagem e atendimento para as visitas domiciliares, ofertando uma melhor qualidade de serviços durante o atendimento domiciliar. A ideia é que a proposta seja adotada de forma permanente, se assim decidir a equipe durante as duas reuniões semanais. Atualmente a unidade tem reuniões de equipe às terças e quintas-feiras, momento que todos os membros da equipe planejam e discutem ações estratégicas. Estas reuniões são registradas em Ata, documento que fica disponível para consultas a qualquer momento pelos membros da unidade.

Tais visitas são, via de regra, solicitadas pelos familiares, mas também propostas por qualquer funcionário da ESF, que entenda necessária a atenção domiciliar. Ao solicitar a visita, o membro da equipe justifica o motivo e registra na agenda do médico, para que este possa estudar o caso e ao chegar no domicílio ter acesso aos antecedentes do paciente e histórico familiar, o que facilita a abordagem e tratamento proposto.

O planejamento para estas exigem organização prévia, motivo pelo qual se propõe discussão, reflexão e estudo dos casos e antecedentes de cada paciente de forma individualizada, investigando tratamentos anteriores, fatores de risco e patologias a que estão submetidos, na tentativa de aproximar o diálogo do profissional com o paciente, seus familiares e pessoas do seu entorno social.

Investigando os antecedentes os profissionais envolvidos podem entender melhor o contexto do paciente, evitando assim ruídos na comunicação entre ambos. O histórico patológico de cada paciente deve ser discutido e assim a equipe pode propor soluções para cada caso.

A unidade de saúde oferta material suficiente para estudo de casos. Seja pela proximidade dos Agentes Comunitários de Saúde com estes ou através das fichas físicas, manuscritas, ou pelo sistema informatizado do e-SUS. De tal forma que o diálogo e a organização destas visitas começam ainda dentro da ESF, individualizando caso a caso, discutindo em reunião de equipe, na tentativa de otimizar a visita oferecendo uma melhor assistência ao cidadão visitado e seus familiares.

Há um ano, semanalmente, os membros da equipe trocam informações e discutem previamente a situação das famílias que serão visitadas. Assim que se propôs este projeto de intervenção, na tentativa de melhorar as ações propostas durante as visitas domiciliares, a equipe recebeu com bons olhos a ideia, padronizando as visitas, usando o Caderno de Atenção do Melhor em Casa como protocolo de atenção domiciliar.

Os membros da equipe, seja o médico ou agentes comunitários, técnicos ou enfermei-

ros, são instrumentos de transformação na ação proposta. Estes fazem com que o projeto de intervenção se torne realidade, transformando-o em prática de rotina, ampliando seu escopo, otimizando o serviço de atenção domiciliar, prestando uma atenção digna e ampla, falando uma mesma linguagem, o que resulta num atendimento humanizado e com resultados positivos.

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados e, alguns já alcançados, são o envolvimento direto dos membros da equipe que discutem os casos individualizados, assim como uma melhor oferta de serviço à população.

Ainda assim o projeto espera mais dos agentes envolvidos no quesito investigação e fornecimento de dados de cada paciente, tais como quantidade de membros da família, origem, medicamentos que usam, possível falha de tratamento e acompanhamento de gestantes que não fazem pré natal de forma adequada.

O que se pretende é acompanhar cada família e aproximar o serviço de saúde do usuário, que muitas vezes se afasta da unidade, sobretudo os que mais precisam, seja por dificuldade de acesso ou pela falta de comunicação com os profissionais do posto.

Ainda como resultado, se propõe igualmente que estas visitas sejam feitas de forma segura, e que os profissionais envolvidos sejam notificados sobre situação de risco ou antecedentes patológicos que exijam preparação da equipe multiprofissional.

Tais visitas organizadas previamente serão feitas por equipe concisa, devidamente preparada, utilizando material adequado, em tempo e hora previamente agenda com as famílias.

De tal forma, espera-se diálogo entre os membros da equipe, universalizando o protocolo de atendimento para a atenção domiciliar.

Referências

AZEREDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 743–753, 2007. Citado na página 16.

BRASIL. Caderno de atenção básica 27. EDITORA MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, n. 27, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

BRASIL. Melhor em casa a segurança do hospital no conforto do seu lar vol 2. EDITORA MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, n. 1, 2013. Citado na página 14.

BRASIL. Núcleo de apoio à saúde da família volume 1. EDITORA MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, n. 39, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 15.

FRANCO, T. B. Atenção domiciliar na saúde suplementar: Dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc. saúde colet.*, p. 1–10, 2007. Citado na página 15.