



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Monique da Silveira Sardá

# Implantação da assistência domiciliar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Laurentino - SC

Florianópolis, Março de 2016



Monique da Silveira Sardá

Implantação da assistência domiciliar na Estratégia de Saúde da  
Família (ESF) do Município de Laurentino - SC

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

Orientador: Juliano de Amorim Busana  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Monique da Silveira Sardá

## Implantação da assistência domiciliar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Laurentino - SC

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.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Juliano de Amorim Busana**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

**Introdução** : A Estratégia Saúde da Família tem uma relação de vínculo com a comunidade fortalecendo os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. **Objetivo**: Prestar atenção domiciliar aos pacientes acamados e restritos ao lar. **Metodologia** : A população-alvo da intervenção é constituída por todos os moradores da área de abrangência da UBS que são elegíveis para a assistência domiciliar. Isto inclui todos os pacientes que estejam impossibilitados de se deslocar até a UBS. Inicialmente serão cadastrados todos os pacientes elegíveis. Após o cadastro dos pacientes será organizado uma agenda para realização das visitas, a qual serão iniciadas respeitando critérios de prioridade de atendimento de acordo com as necessidades dos pacientes. **Resultados esperados** : Com a programação das visitas espera-se que ao final de um ano seja realizado o acompanhamento de todas as famílias elegíveis, proporcionando vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS. Espera-se que a intervenção aproxime a equipe de saúde à família. Passando a equipe a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe. Propicie a corresponsabilidade do indivíduo ou família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.

**Palavras-chave**: Estratégia saúde da família, Assistência Domiciliar, Atenção primária à saúde





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>17</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>19</b>



# 1 Introdução

Laurentino é uma cidade de colonização predominantemente italiana, localizada na região do Alto Vale do Itajaí, com uma população de 6 mil habitantes, que vivem predominantemente na área urbana e que apresentou nos últimos 10 anos intenso processo migratórios de famílias advindas de outras regiões do Estado, especialmente Norte e Planalto Serrano (IBGE, 2016).

A economia do Município baseia-se na agricultura, indústria e comércio. A indústria é o setor que mais gera empregos no município, responsável por 56,2% dos postos de trabalho (IBGE, 2015).

A cidade conta com uma Unidade Básica de Saúde no centro da cidade, onde atuam 2 equipes de Estratégia de Saúde da Família, composta por 2 médicos da atenção primária, 1 pediatra, 1 dentista, contando também com o NASF – núcleo de apoio à saúde da família. Serviços de atenção especializada são encaminhados para os polos regionais de saúde e o serviço de urgência e emergência é coberto pelo HRAV – Hospital Regional Alto Vale – em Rio do Sul.

A Equipe de Saúde da Família 2, abrange grande território da área rural e urbana da cidade, acompanha uma população de 2.433 habitantes, Em sua maioria a uma população jovem e economicamente ativa e 15% da sua população é composta por idosos (SIAB, 2016).

O território apresenta uma taxa de prevalência de diabetes e hipertensão semelhante a população geral, 10% e 5% respectivamente. O acompanhamento das pessoas com Diabetes e hipertensão arterial é feito pelos ACS e na unidade de saúde com atendimento individual. O município não tem casos de Hanseníase e tuberculose (SIAB, 2016).

A saúde-materno infantil faz parte das prioridades de atendimento da ESF tendo bons resultados ao longo do tempo, com cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano atingindo 100 % e dentre as gestantes, 94% tiveram sete ou mais consultas de acompanhamento pré-natal (SIAB, 2016).

Através dos dados gerados pelo SIAB, mais de 70% dos atendimentos realizados na UBS são por afecções agudas, como infecção de vias aéreas, gastroenterite e lombalgia. Os outros 30 % dos atendimentos são preenchidos com consultas agendadas para gestantes, idosos, prevenção e agravo de doenças crônicas, saúde mental, saúde da mulher e da criança (SIAB, 2016).

As principais causas de internação hospitalar dos idosos do território foram por síndrome coronariana aguda, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, pneumonia e por intercorrências clínicas de pacientes oncológicos. As principais causas de óbitos são infarto agudo do miocárdio, câncer (pulmão, estômago e intestino) e doenças respiratórias, outras causas que chama a atenção são a asfixia por afogamento e enforcamento (MS,

2016).

Todos os atendimentos na UBS são individuais em ambulatório, e a equipe não tem dia reservado para discussão de prioridades e estratégias de execução. As visitas domiciliares são feitas por ACS e em casos reservados por enfermeiro, não existe agenda de visita domiciliar para os médicos e atividades em grupos não são realizadas.

A ausência de visitas domiciliar pelo médico a população idosa de seu território gera prejuízo para a saúde do idoso, uma vez que a atenção domiciliar previne agravos e minimiza intercorrências clínicas em pacientes com doenças crônicas acamados e restritos ao lar, além de reduzir o número de internações hospitalares desnecessárias, tempo de internação quando necessárias, diminuindo assim o risco de infecção hospitalar e consequente gasto com atenção terciária, além de oferecer apoio emocional ao paciente e ao cuidador (MS, 2012).

Visto os benefícios e a importância da atenção domiciliar, e observada a ausência deste serviço na atenção primária do município de Laurentino, propõem-se como intervenção a implantação da atenção domiciliar aos pacientes acamados e restritos ao lar como rotina no serviço de saúde do município.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Prestar atenção domiciliar aos pacientes acamados e restritos ao lar.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Catalogar os pacientes com necessidade de visita domiciliar;
- Organizar e sistematizar a agenda para visita e retorno;
- Reservar período exclusivo para a realização das visitas domiciliares.



## 3 Revisão da Literatura

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, compartilhando seus segredos e convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar. No entanto, este cenário de atuação modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40 com a fragmentação do cuidado em especialidades e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar. (LOPES, 2003)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente do Programa de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, trazendo em seus ideais a intenção de promover a reordenação do modelo assistencial centrado na doença. (MERHY; ONOCKO, 2007)

O Programa trouxe, portanto, uma nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando uma prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, com ideais no fortalecimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade e da equidade do SUS, denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família. (MS, 2006)

Com o advento da ESF a assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. A intervenção deste atendimento faz-se de forma diferenciada por todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a sua composição. (MS, 2006)

A Organização Mundial de Saúde define Assistência domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde de pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo prazo e cuidados paliativos”. (OMS, 2016)

Acredita-se que as mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família têm repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde. (GARGANO; SILVEIRA; NESI, 2004)

Entendemos a visita domiciliar como uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. Momento de promoção da saúde que surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao

autocuidado. (GARGANO; SILVEIRA; NESI, 2004)

Essas visitas são realizadas por vários profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde. (GOMES; PEREIRA, 2005)

Portanto, a visita domiciliar no contexto da atenção em saúde é um instrumento de assistência importante na Estratégia Saúde da Família, por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, na promoção da qualidade de vida através de promoção da integralidade em saúde. (LOPES, 2003)



## 4 Metodologia

A população-alvo da intervenção é constituída por todos os moradores da área de abrangência da UBS que são elegíveis para a assistência domiciliar. Isto inclui todos os pacientes que estejam impossibilitados de se deslocar até a UBS por estarem imobilizados, acamados ou não terem quem os acompanhe, que residam sozinhos; que necessitem de acompanhamento pós-alta hospitalar; que sofreram acidentes ou quedas nos últimos seis meses; que usem polifármacos ou não apresentam uma adesão terapêutica adequada; que não possuem uma rede de apoio social ou quando ela não é efetiva; e em situações de intercorrências dos pacientes crônicos ou portadores de doença em fase terminal, independente de sexo ou idade.

Inicialmente serão cadastrados todos os pacientes elegíveis através de consulta à base de dados do sistema de informação de atenção básica e revisão de prontuário pelo médico e enfermeiro da estratégia de saúde da família. Também será usada a busca ativa através dos agentes comunitário de saúde e apoio através do sistema informal, também denominado de cuidado informal, fornecido por parentes, vizinhos, amigos ou instituições comunitárias.

Após o cadastro dos pacientes elegíveis será organizado uma agenda para realização das visitas, a qual serão iniciadas respeitando critérios de prioridade de atendimento de acordo com as necessidades dos pacientes, prevendo também os casos de visitas solicitadas por familiares e rede de apoio devido a acometimentos agudo. A agenda também incluirá tempo previsto para retorno, profissional responsável pela visita e discussão do caso em equipe.

A implementação se dará através reserva de período exclusivo para a realização das atividades relacionadas à atenção domiciliar. O contato com a família informando sobre a visita será realizado por telefone, ou através do agente comunitário de saúde na impossibilidade de contato telefônico, preferencialmente com uma semana de antecedência.



## 5 Resultados Esperados

Com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, suporte informal e de consulta em prontuário, espera-se construir um banco de dados completo, com o nome de todos os pacientes que necessitam de assistência domiciliar. Este instrumento deve conter a classificação de prioridade na assistência, endereço do paciente, nome do cuidador, telefone para contato, ACS responsável, resumo dos principais comorbidades, motivo de inclusão no cadastro, data da última visita e periodicidade da visita. Esta lista deve ser constantemente revisada e atualizada, além de servir de guia para programação das próximas visitas.

Com a programação das visitas espera-se que ao final de um ano seja realizado o acompanhamento de todas as famílias elegíveis, proporcionando vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS.

O planejamento da assistência domiciliar deve ser centrado nas necessidades da comunidade. A equipe deve organizar as visitas conforme classificação de prioridade, indicação do agente comunitário e solicitação da família, de modo a dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que por algum agravo, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de deslocar à unidade de saúde.

A visita domiciliar, como qualquer outra atividade de saúde, também precisa ser planejada e sistematizada para se configurar como parte do arsenal da Estratégia Saúde da Família, desta forma a reserva de período dedicado exclusivamente para esta atividade é imprescindível para o sucesso da intervenção. O não cumprimento desse período classifica a intervenção como ruim por comprometer o cronograma de maneira a deixar famílias desassistidas ao final do período de um ano.

Espera-se que as intervenções propostas sejam constantemente avaliadas durante reunião de equipe, com discussão sobre o cumprimento das atividades e avaliação da qualidade da intervenção através de revisão e atualização da lista de paciente elegíveis, discussão de caso clínico e programação das próximas visitas. O não cumprimento dessa atividade ou cumprimento parcial caracteriza a intervenção com ruim e o seu cumprimento a classificada como boa.

A visita domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família. Espera-se que a intervenção aproxime a equipe de saúde à família. Passando a equipe a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe. Propicie a corresponsabilidade do indivíduo ou família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.



## Referências

- GARGANO, F.; SILVEIRA, A. E. S.; NESI, A. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Revista AMIRGS*, p. 90–94, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 357–363, 2005. Citado na página 14.
- IBGE, C. de População e I. S. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Citado na página 9.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Informações sobre os municípios brasileiros*. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil>>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 9.
- LOPES, J. M. C. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Ventre Comunicação, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007. Citado na página 13.
- MS, M. da Saúde do B. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 13.
- MS, M. da Saúde do B. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 10.
- MS, M. da Saúde do B. *DATASUS*. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 9.
- OMS, O. M. da S. *Definições de Assistência Domiciliar*. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/pt/>>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 13.
- SIAB. *Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2016. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_1543\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf)>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 9.