



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

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

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>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 9.