



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BEATRIZ NICOLITE DE AZEVEDO

ORGANIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DE UMA UBS DO MUNICÍPIO DE  
ITAPECERICA DA SERRA, SP

SÃO PAULO  
2020

BEATRIZ NICOLITE DE AZEVEDO

ORGANIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES DE UMA UBS DO MUNICÍPIO DE  
ITAPECERICA DA SERRA, SP

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: MICHELE PEIXOTO QUEVEDO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A Visita Domiciliar é um ramo importante nas Unidades Básicas de Saúde da Família tanto no fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais do sistema público de saúde como na ampliação de acesso à saúde por uma população que apresenta restrições sejam transitórias ou permanentes. Se mostra uma importante ferramenta para a equipe de saúde observar de perto as condições de vida, higiene, habitação e relações familiares. A rotina das visitas domiciliares deve seguir os princípios do SUS e também protocolos de saúde, e ainda manter planejamento, registros, rotinas, periodicidade e avaliação. Esse tema foi considerado para estudo e abordagem em uma Unidade Básica de Saúde em Itapeverica da Serra pois, uma única pessoa era responsável pelas visitas e não havia referenciamento nos protocolos dos cadernos de atenção básica, então não seguia um cronograma para cada doente ou agravante de saúde do usuário. Além disso, a área de abrangência da Unidade é bastante extensa e leva-se muito tempo no deslocamento. Com o estudo aprofundado e aplicação de Escalas que avaliam a mobilidade, a estrutura familiar, a patologia e comprometimento espera-se além de ampliar o aprendizado da equipe otimizar o tempo de deslocamento para a realização das visitas, além de seguir os protocolos preconizados pela atenção primária em saúde.

## **Palavra-chave**

Visita Domiciliar. Cuidados Domiciliares de Saúde. Consulta Domiciliar. Assistência Individualizada de Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

As visitas domiciliares na Unidade de implementação do projeto são definidas por ordem de prioridade de problemas e agravos de saúde e principalmente conforme as famílias procuram a unidade e fazem a solicitação. Quem recebe as solicitações e seleciona as residências a serem visitadas é uma das técnicas de enfermagem que mora no bairro da unidade, pois a UBSF estudada não possui a divisão dos profissionais em equipes e conta apenas com uma ACS, que está desviada de função e ocupando cargo na recepção atualmente.

Percebemos que o tempo gasto em deslocamento é bastante grande, chegando algumas vezes a representar quase a metade do tempo destinado às VDs, mesmo quando uma mesma área possui muitas residências de VDs, pois são raras as vezes que vamos no mesmo dia em mais de uma casa na mesma rua ou em ruas próximas, algumas vezes os casos chegam a ser passados para o médico no trajeto.

Além disso, muitos pacientes ficam sem receber o número adequado de visitas para seu caso e não há um cronograma pré definido com a organização das visitas. Apenas uma vez durante esse quase um ano de trabalho na UBS foi aplicada a escala e orientação do caderno de atenção básica de visitas domiciliares. E só foi aplicada porque a família estava "exigindo" visita com o médico no mínimo uma vez por mês. Dessa forma utilizamos o caderno de atenção básica para explicar para eles qual era a orientação e protocolos para o quadro. Após esse episódio ficou claro para a equipe que a organização das VDs precisa de mudar, seguir o que indica o Caderno de Atenção Básica e maior organização no quesito pré visitas principalmente.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Para Sakata et al; Merhy et al e Mendes, citados por Andrade et al (2014) a Visita Domiciliar é a atividade que as equipes de saúde mais desenvolvem fora das unidades de saúde. Essa atividade permite que o cuidado seja mais humano, acolhedor e estabeleça elos entre os profissionais e usuários. Além disso, amplia o acesso da população à rede de atenção em saúde.

Marasquin et al e Donabedian, também citados por Andrade et al (2014) afirmam que para essa atividade deve-se fazer presente o planejamento, o registro dos dados durante a execução e a avaliação profissional.

Conforme os trabalhos de Souza et al e Rehem, citados ainda por Andrade et al (2014) a Visita Domiciliar deve ser eficiente e sua finalidade auxiliar na retomada da independência e autonomia do usuário.

De acordo com Albuquerque e Bossi, citados por Pinheiro et al (2019) a Visita Domiciliar além de reduzir os custos com a saúde permite uma ruptura no modelo centrado na doença e passa-se a centrar-se no indivíduo. Esse tipo de cuidado ainda permite que o profissional possa observar o ambiente e dinâmica familiar do paciente bem como os processos interferentes na saúde do mesmo.

Pinheiro et al (2019) declaram que muitas vezes certos princípios como universalidade, equidade e longitudinalidade referentes a assistência no domicílio não são respeitados. Esse desrespeito é atribuído ao fato de a maioria dos profissionais não avaliar e estratificar o risco e vulnerabilidade do paciente a ser visitado bem como também não planejar a frequência que as visitas devem ocorrer nem quais os profissionais responsáveis pela assistência.

Outro fator de contribuição para esse descaso aos princípios conforme descrito em Brasil (2013) é não possuir um padrão, o que pode frustrar os resultados almejados. A padronização torna possível o caminho para o objetivo final. As normas de trabalho objetivam então orientar o trabalho das equipes de saúde. Dentro os diversos protocolos existentes na área clínica, ambulatorial, hospitalar existe também o da atenção domiciliar, em conformidade aos princípios do SUS sendo esse um instrumento essencial para uma prestação de serviço de qualidade, desde o seu planejamento até a avaliação.

Além disso, segundo Brasil (2012) as necessidades e particularidades dos usuários devem ser objetos de atenção das equipes responsáveis pelo cuidado em domicílio, também é atribuição das equipes compartilhar a assistência domiciliar com os demais aparatos da saúde, inclusive com os cuidadores.

Savassi (2011,2012) já constatando essa ideia de padrões em seus trabalhos valoriza que apesar das Escalas de classificação para atenção em casa não estarem claramente definidas no primeiro nível de atenção estruturar a atenção domiciliar cria dentre outros aspectos de vínculo e demais citados um mecanismo de promoção e prevenção de saúde.

## **AÇÕES**

- ♦ Juntamente com a assistente social do Posto a lista dos pacientes e dados principais será informatizada a fim de deixar o processo de inclusão ou retirada dos pacientes mais organizado, ágil e dinâmico;
- ♦ Agrupar as visitas do dia por área de proximidade e deixar uma ou duas vagas para as visitas de emergência conforme a necessidade da demanda espontânea ou de casos novos;
- ♦ Para os novos cadastramentos solicitar no preenchimento do endereço que coloque a numeração da casa que foi atribuída pela companhia de iluminação, pois essa segue uma ordem numérica e também colocar pontos de referência próximos a residência ou a cor da casa ou portões para facilitar a identificação das mesmas pelos profissionais;
- ♦ Uma folha resumo do caso será inserida na capa do prontuário para facilitar o acesso rápido das informações como: a doença de base e motivo principal da visita, comorbidades, medicações de uso contínuo, quem é o cuidador principal (se existir) de cada paciente, a escala de grau de independência para realizar as atividades diárias de vida , periodicidade e por quais profissionais devem ser realizadas as visitas domiciliares.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Facilitar acessar de forma mais rápida as informações dos pacientes;

Seguir os protocolos da atenção básica e aplicar as escalas do cuidado ao paciente no domicílio;

Otimizar o tempo das visitas domiciliares;

Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários;

Promover aprendizado e integração da equipe responsável pelas visitas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.M. et al. Visita domiciliar: Validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-75, Jan./Mar. 2014.

PINHEIRO, J.V. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 14, n 41, p. 1818, Jan./Dez. 2019.

SAVASSI, L.C.M. et al. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management and Primary Health Care*. v.3, n. 2, p. 151-57, [s.d.] 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em casa*. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, 2012. v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em casa*. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, 2013. v. 2.